



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Letras y Ciencias Humanas

Escuela Profesional de Comunicación Social

Comunicación interna y salud ocupacional: Análisis de la estrategia de prevención de la tuberculosis en un hospital de Lima Metropolitana

TESIS

**Para optar el Título Profesional de Licenciado en Comunicación
Social**

AUTOR

Elías VILCACHAGUA ROQUE

ASESOR

Franz Jesús PORTUGAL BERNEDO

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vilcachagua, E. (2018). *Comunicación interna y salud ocupacional: Análisis de la estrategia de prevención de la tuberculosis en un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Letras y Ciencias Humanas Escuela Profesional de Comunicación Social]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

ESCUELA PROFESIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN CON TESIS


En el Salón de Grados de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas a los nueve días del mes de enero de dos mil dieciocho, siendo las 11:00 horas, con la Presidencia de la Dra. Gaby Vargas Vargas, los miembros del Jurado: el Lic. Abel Fernando Santibáñez Collado, el Lic. Raúl Fernando Zevallos Ortiz y su asesor, el Lic. Franz Jesús Portugal Bernedo, se reunieron con la finalidad de escuchar la Sustentación de Tesis titulada: **COMUNICACIÓN INTERNA Y SALUD OCUPACIONAL: ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA**, que el bachiller **VILCACHAGUA ROQUE ELÍAS**, ha presentado a consideración de la Escuela, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Comunicación Social. La Presidenta del Jurado invitó al bachiller a exponer su Tesis. Concluida la exposición el bachiller absolvió las preguntas que le formularon los miembros del jurado.

Terminada la sustentación se procedió a la calificación, resultando aprobado como **MUY BUENO** con la calificación de Diecisiete (17).

La Presidenta manifestó que, habiéndose aprobado la sustentación, la Facultad de Letras y Ciencias Humanas recomienda a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el otorgamiento del Título de Licenciado en Comunicación Social al bachiller **VILCACHAGUA ROQUE ELÍAS**.

Siendo las 13:00 horas concluyó el acto de sustentación, por lo cual los miembros del Jurado, dando fe de lo actuado, firman la presente Acta de Sustentación por quintuplicado.


Lic. Abel Fernando Santibáñez Collado
Jurado Informante


Dra. Gaby Vargas Vargas
Jurado Informante / Presidenta


Lic. Raúl Fernando Zevallos Ortiz
Miembro


Lic. Franz Jesús Portugal Bernedo
Asesor

Dedicatoria

*A Benjamín, mi padre por
enseñarme el arte de ser maestro,*

*A Noemí, mi madre por enseñarme a
ser fuerte ante cualquier circunstancia*

A Felipe y Elizabeth por su compañía y apoyo incondicional

*A mi iglesia Mirones Bajo por enseñarme la misión
integral de Jesús basados en la fe y la acción*

A Maritzabel, mi compañera de vida, mi esposa

A Valentina, la sonrisa de mi corazón

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I: Objeto y diseño de la investigación	16
1.1 El problema de la investigación	16
1.2 Objetivos de la investigación	18
1.2.1 Objetivo principal	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 Justificación de la investigación.....	18
1.4 Diseño de la investigación	19
1.4.1 Tipo de investigación	19
1.4.2 Variables	20
1.5 Hipótesis de la investigación.....	20
1.6 Técnicas e instrumentos de la investigación	20
1.6.1 Revisión documental	20
1.6.2 Entrevista	21
1.6.3 Encuesta	22
1.7 Muestreo	25
 CAPÍTULO II: Estado de la cuestión	26
2.1 Antecedentes históricos de la comunicación para la salud	26
2.2 Conceptos representativos de la comunicación para la salud	31
2.3 Enfoques de la comunicación para la salud	34
2.3.1 Enfoque de difusión de la salud	34
2.3.2 Enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	38
2.3.2.1 Comunicación y promoción de la salud	39
2.3.2.2 Comunicación y prevención de la enfermedad	41
2.3.3 Enfoque de promoción de políticas en salud.....	46
2.4 Teorías y modelos de comunicación en salud	48
2.4.1 Teorías para el cambio del comportamiento individual	48
2.4.1.1 Teoría de etapas o estados de cambio	48

2.4.1.2 Modelo de creencias en salud	49
2.4.1.3 Modelo de procesamiento de la información por el consumidor	51
2.4.2 Teorías de comportamiento interpersonal de salud	53
2.4.2.1 Teoría del aprendizaje social	53
2.4.2.2 Teoría de la acción razonada	54
2.4.3 Modelos de nivel comunitario	55
2.4.3.1 Teoría de la organización comunitaria	55
2.4.4 Teoría de difusión de innovaciones	57
2.4.5 Modelo de comunicación para el cambio social	59
2.5 Estrategias de comunicación en salud	60
2.5.1 Advocacy o abogacía en salud	61
2.5.2 Información, educación y comunicación	62
2.5.3 Mercadeo social en salud	64
2.5.4 Educar entreteniéndolo	65
2.5.5 Periodismo en salud	67
2.5.6 Comunicación participativa	68
2.5.7 Comunicación y Cibersalud(E-Health)	69
2.5.8 Comunicación interna en salud	71
CAPÍTULO III: Marco Teórico	72
3.1 Concepto de comunicación	72
3.2 Definición de comunicación organizacional	73
3.2.1 Aspectos de la comunicación organizacional	74
3.2.2 Ámbitos de la comunicación organizacional	75
3.3 Comunicación interna	76
3.3.1 La comunicación interna como proceso y/o herramienta estratégica	77
3.3.2 La comunicación interna como proceso social	78
3.3.3 Objetivos y funciones de la comunicación interna	78
3.3.4 Tipos de comunicación interna y canales	81
3.4 Satisfacción con la comunicación interna	83
3.5 Importancia de la comunicación interna en salud	85
3.5.1 Variables de comunicación interna	87

3.5.1.1 Identificación.....	87
3.5.1.2 Información	89
3.5.1.3 Instrucción/Formación.....	91
3.5.1.4 Integración.....	93
3.5.1.5 Imagen	96
3.6 Cultura organizacional	97
3.7 Comunicación y salud ocupacional.....	99
3.7.1 Concepto de salud	99
3.7.2 Concepto de enfermedad	101
3.7.3 Salud ocupacional.....	103
3.7.3.1 Objetivo de la salud ocupacional.....	104
3.7.3.2 El proceso comunicacional de salud ocupacional	105
3.7.3.3 Prevención de la enfermedad y salud ocupacional.....	109
3.7.3.4 Concepto de prevención de la enfermedad y promoción de la salud	109
3.7.3.5 Prevención de la enfermedad	110
3.7.3.6 Características de la prevención de la enfermedad	111
3.7.3.7 Niveles de actuación de la prevención de la enfermedad.....	112
3.7.3.8 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	113
3.8 Conceptos operativos	115
CAPÍTULO IV: Estudio del caso	117
4.1 Breve reseña histórica del Hospital.....	117
4.2 Misión del Hospital	118
4.3 Visión del Hospital.....	118
4.4 Objetivos estratégicos	118
4.5 Procesos institucionales.....	120
4.6 Estructura orgánica.....	121
4.7 Estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis	122
4.8 Gestión de la prevención de la tuberculosis	123
4.8.1 Planificación	123
4.8.2 Antecedentes	123
4.9 Objetivos y metas de salud de la Estrategia sanitaria.....	126
4.10 Unidad de Comunicación del Hospital Nacional Hipólito Unánue	128

4.10.1 Funciones de la Unidad de Comunicación	128
4.10.2 Políticas y plan de comunicaciones	129
4.11 Procesos claves de la Estrategia de prevención de la tuberculosis	130
4.11.1 Procesos claves de la Estrategia de prevención de la tuberculosis en trabajadores del HNHU	131
4.11.2 Proceso de una capacitación sobre la prevención de la tuberculosis	132
4.11.3 Proceso de implementación de descarte de tuberculosis	133
CAPITULO V: Resultados	134
5.1 Resultados de revisión documental	134
5.1.1 Plan de comunicación interna hospitalario	134
5.1.2 Ley y plan anual de seguridad y salud en el trabajo	134
5.1.3 Plan de comunicación de la Estrategia de prevención de la tuberculosis dirigido a trabajadores	138
5.1.4 Acción de comunicación escrita	140
5.1.5 Acción de comunicación visual	141
5.2 Resultados de entrevistas	143
5.2.1 Situación de la salud ocupacional y la prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue	144
5.2.2 Identificar los aspectos importantes de la comunicación interna en el direccionamiento de las labores de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue	149
5.2.2.1 Unidad de Comunicación interna (UCI)	149
5.2.2.2 Unidad de comunicación interna en el proceso de salud ocupacional y prevención de la tuberculosis en trabajadores	151
5.2.3 Analizar el estado de la comunicación interna en la percepción de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue	152
5.2.3.1 La identificación	152
5.2.3.1.1 Identificación del trabajador con la institución	152
5.2.3.1.2 Identificación del trabajador con la prevención de la enfermedad ..	153
5.2.3.1.3 Identificación del trabajador con la Estrategia de prevención de tuberculosis	154
5.2.3.2 Información	155
5.2.3.2.1 Información institucional	155

5.2.3.2.2 Información de la prevención de la enfermedad	156
5.2.3.2.3 Información sobre la estrategia de prevención de la TBC	156
5.2.3.3 Instrucción	158
5.2.3.3.1 La unidad de comunicación y su rol de instrucción	158
5.2.3.3.2 Prevención de la enfermedad e instrucción	159
5.2.3.3.3 Comunicación, instrucción y la Estrategia de prevención de la tuberculosis	160
5.2.3.4 Integración	162
5.2.3.4.1 Integración organizacional	162
5.2.3.4.2 Relaciones trabajadores-Alta Dirección	163
5.2.3.4.3 Relación trabajadores-trabajadores	163
5.2.3.4.4 Integración y prevención del contagio de TBC	164
5.2.3.5 Imagen	165
5.2.3.5.1 Imagen de la organización hacia los trabajadores	165
5.2.3.5.2 Imagen de los trabajadores de su propia institución	166
5.2.3.5.3 Imagen de la estrategia de prevención de la TBC	166
5.3 Resultados de encuesta.....	169
5.3.1 Variable 01: Identificación.....	170
5.3.2 Variable 02: Información	171
5.3.3. Variable 03: Instrucción/capacitación	172
5.3.4 Variable 04: Integración.....	173
5.3.5 Variable 05: Imagen	174
5.4 Análisis de los resultados respecto al Objetivo 1	175
5.5 Análisis de los resultados respecto al Objetivo 2.....	177
5.6 Análisis de los resultados respecto al Objetivo 3.....	181
Conclusiones.....	183
Recomendaciones	187
Bibliografía	190
Anexos	201
Anexo 01: Tipos de estrategias de comunicación	202
Anexo 02: Los flujos de comunicación interna.....	203
Anexo 03: Problemas de comunicación interna	204

Anexo 04: Principios rectores de la Ley de Seguridad y Salud en el Perú	205
Anexo 05: Cuestionario de entrevista al Jefe de la Oficina de Comunicaciones	206
Anexo 06: Cuestionario de entrevista a representantes de la Estrategia de Control de transmisión de la tuberculosis, así como al Jefe actual y anteriores del Departamento de Neumología, patrocinador de la Estrategia	210
Anexo 07: Cuestionario de encuesta a trabajadores	212
Anexo 08: Matriz de consistencia	215

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 01: Lista de personas y temas para entrevista.....	21
Cuadro N° 02: Preguntas de la dimensión Identificación	22
Cuadro N° 03: Preguntas de la dimensión Información	23
Cuadro N° 04: Preguntas de la dimensión Instrucción	23
Cuadro N° 05: Preguntas de la dimensión Integración.....	24
Cuadro N° 06: Preguntas de la dimensión Imagen	24
Cuadro N° 07: Prevención de la enfermedad y comportamiento	44
Cuadro N° 08: Comparación comunicación interpersonal y comunicación de masas ...	46
Cuadro N° 09: Esquema de Teoría de etapas o estados del cambio	49
Cuadro N° 10: Esquema de modelo de creencias en salud.....	51
Cuadro N° 11: Esquema de procesamiento de la información por el consumidor	52
Cuadro N° 12: Esquema de la teoría de aprendizaje social	53
Cuadro N° 13: Esquema de la teoría de la acción razonada	55
Cuadro N° 14: Esquema de la organización comunitaria	56
Cuadro N° 15: Esquema de la teoría de la difusión de innovaciones	58
Cuadro N° 16: Aspectos de la comunicación organizacional según Bartoli y Jardillier	75
Cuadro N° 17: Funciones de la comunicación interna	81
Cuadro N° 18: Funciones de la comunicación horizontal, descendente y ascendente ...	82
Cuadro N° 19: Canales de comunicación según comunicación directa e indirecta.....	83
Cuadro N° 20: Conceptos de salud	100
Cuadro N° 21: Factores de riesgo y sus características	104
Cuadro N° 22: Concepto de enfermedad desde la perspectiva médica y social	111
Cuadro N° 23: Tipo de prevención de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria	112
Cuadro N° 24: Paradigmas de la prevención de la enfermedad	113
Cuadro N° 25: Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	114
Cuadro N° 26: Principales procesos de la Estrategia de prevención de la tuberculosis	127
Cuadro N° 27: Artículos de obligaciones de los empleadores y empleados según la Ley de Seguridad y salud del Perú.....	135

Cuadro N° 28: Dimensiones y actividades principales relacionadas con la comunicación del Plan Anual de Seguridad y salud en el trabajo HNHU ..	136
Cuadro N° 29: Objetivo específico N° 01 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2015.....	138
Cuadro N° 30: Objetivo específico N° 02 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2.....	139
Cuadro N° 31: Objetivo específico N° 03 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2.....	139
Cuadro N° 32: Cuadro de resultados de la dimensión Identificación.....	170
Cuadro N° 33: Cuadro de resultados de la dimensión Información	171
Cuadro N° 34: Cuadro de resultados de la dimensión Instrucción	172
Cuadro N° 35: Cuadro de resultados de la dimensión Integración.....	173
Cuadro N° 36: Cuadro de resultados de la dimensión Imagen	174

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01: Mapa de aplicación de las creencias sobre la salud	50
Gráfico N° 02: Proceso de desarrollo de la estrategia de advocacy	61
Gráfico N° 03: Proceso de desarrollo de la estrategia del IEC	63
Gráfico N° 04: Triángulo de la mercadotecnia social en salud	65
Gráfico N° 05: Modelo de las cinco íes (5 íes).....	87
Gráfico N° 06: Pasos de un programa general de salud ocupacional	105
Gráfico N° 07: Mirada del sistema de seguridad y salud ocupacional desde el proceso de gestión de la comunicación interna.....	107
Gráfico N° 08: Macro procesos de gestión en salud (Instituto de Gestión de Servicios de Salud)	120
Gráfico N° 09: Organigrama Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unánue.....	121
Gráfico N° 10: Tasa de tuberculosos en el personal de salud por años 2011 – 2016..	124
Gráfico N° 11: Porcentaje de tuberculosis nosocomial según servicios reportados 2011-2016	125
Gráfico N° 12: Mapa de distribución de casos de tuberculosis en trabajadores del HNHU	126
Gráfico N° 13: Estructura de la Unidad de Comunicaciones	128
Gráfico N° 14: Proceso de difusión de la estrategia de TBC en los trabajadores.....	131
Gráfico N° 15: Proceso de una capacitación sobre la prevención de tuberculosis	132
Gráfico N° 16: Proceso de implementación de descarte de tuberculosis	133
Gráfico N° 17: Ejemplo de documento de difusión de charlas.....	140
Gráfico N° 18: Ejemplos de afiches del MINSA que se utilizan para la difusión de la prevención de la tuberculosis para trabajadores (1).....	141
Gráfico N° 19: Ejemplos de afiches del MINSA que se utilizan para la difusión de la prevención de la tuberculosis para trabajadores (2).....	142
Gráfico N° 20: Ejemplos de tarjeta de Bono alimenticio con que se busca captar la asistencia de los trabajadores a las actividades de la Estrategia	142
Gráfico N° 21: Porcentaje global de las cinco variables de medición de la Comunicación interna en la prevención de la tuberculosis del HNHU	169

RESUMEN

En el campo de la salud laboral, la comunicación interna se constituye en un elemento importante en la consolidación de creencias y actitudes positivas frente a los riesgos y enfermedades. En ese sentido, esta investigación se trazó el objetivo de analizar, desde la satisfacción de los trabajadores, la comunicación interna en el Programa de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue. El trabajo se sustentó en el modelo de las cinco íes de la comunicación interna propuesta por el Dr. Edilson Bustamante. Se utilizó la técnica de la revisión documentaria para poder comprender el contexto de la comunicación interna institucional, y la encuesta y entrevista para conocer la satisfacción de los trabajadores. Sobre la base de sus experiencias, los trabajadores creen que, en materia de prevención de la tuberculosis en el hospital, la comunicación ayuda a la identificación del trabajador (77.6%); aporta a la integración (64.9%); fortalece la imagen del Programa (53.3%); aporta a la calidad de la instrucción o formación (52.3%) y, mejora la calidad de la información (48.5%). La satisfacción con la comunicación interna en la prevención de la tuberculosis no logró el estándar de aprobación.

DESCRIPTORES: Comunicación en salud, comunicación interna, prevención de enfermedades y salud ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La comunicación interna es preexistente a la estrategia y a la gestión de la misma (Formanchuk, 2017). El fenómeno de comunicación interna no es creación de un cargo funcional; es antes de todo, un proceso social inherente a la organización por la que interaccionan y se transforman las creencias, actitudes y comportamientos de los stakeholders internos (Berlo, 1969). En el campo de la salud laboral, la comunicación interna constituye en pieza importante en la consolidación de creencias y actitudes positivas frente a los riesgos y enfermedades. Desde luego, para fines de esta investigación se comprende a la salud ocupacional como un sistema de conocimientos, creencias y costumbres compartidos por los trabajadores que influyen en el bienestar laboral (psíquico, físico, social) de cada trabajador como parte de la adaptación a su trabajo. La salud ocupacional es la expresión cultural de cómo entiende y valora la organización la salud de sus trabajadores.

En el caso peruano, la salud ocupacional ha comenzado a ser una prioridad y ha organizado al Estado y sus instituciones en función a la prevención y promoción de la salud en el trabajo. No obstante, como se podrá apreciar, más adelante, en un caso de Lima Metropolitana (Hospital Nacional Hipólito Unánue), la prioridad del Estado es la prevención de enfermedades, el cual ha configurado un tipo de abordaje donde predomina el enfoque clínico-médico de la salud. En el caso de la estrategia de lucha contra la tuberculosis plasmada en el “Plan de Control de la transmisión de tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue 2013-2015” se ha configurado un escenario donde no solo se han visto acciones médica preventivas que se esfuerzan por controlar el avance de esta enfermedad laboral sino también se ha suscitado acciones comunicacionales internas que ha demostrado dos cosas: la debilidad del sistema de comunicación interna institucional para abordar los temas de salud ocupacional, y su potencial influencia negativa para el avance de la prevención de la enfermedad con miras a los años venideros. Entonces, el objetivo de investigación principal es describir la influencia de la comunicación interna en las acciones de prevención de la tuberculosis. Para esta situación se revisó entre otras variables lo siguiente:

En el *primer capítulo* se ha detallado el problema de investigación, así como el porqué es necesario investigarlo, seguido por los objetivos de investigación los cuales son

tres: 1) por un lado conocer a los aspectos generales de la comunicación interna en el contexto de la salud en el trabajo en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, para luego 2) entender la situación de la comunicación interna en la Estrategia de prevención de tuberculosis, para finalmente 3) analizar algunos efectos importantes en la relación entre la comunicación interna y las acciones que la Estrategia de prevención de tuberculosis toma para atender la demanda.

En el *segundo capítulo*, se ha estructurado el estado del arte de la línea de investigación de la presente tesis, el cual es la comunicación en salud. El relato histórico de dicha línea nos coloca en perspectiva de cómo la comunicación pasó de ser una herramienta a ser una dimensión en los procesos de mejora de la salud. Los años de ejercicio de esta línea de investigación han heredado a la comunidad científica enfoques, estrategias, y herramientas de comunicación con los cuales se busca prevenir enfermedades o en todo caso promover la salud. Además de esto, y en este capítulo, se ha realizado un breve recuento del estado del arte de la comunicación interna en salud, principal variable de nuestra investigación.

En el *tercer capítulo*, se ha tomado y definido conceptos teóricos de diversas investigaciones para poder elaborar nuestra comprensión particular del tema. Conceptos como *comunicación en salud*, *salud ocupacional*, *prevención de enfermedades*, *promoción de la salud*, *comunicación interna*, *comunicación interna en salud*, entre otros componen la estructura de variables de estudio, con lo que ha analizado el caso de la estrategia de salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue relacionada a la lucha contra la transmisión de la tuberculosis en colaboradores. Asimismo, se tomó como estructura teórica - metodológica para el análisis, la propuesta de las 6 íes de la comunicación interna del autor colombiano Edilson Bustamante, de las cuales se tomaron cinco variables (identificación, información, integración, instrucción e imagen) para analizar el caso de estudio.

En el *cuarto capítulo* se ha expuesto el caso de estudio donde se analiza al Hospital Nacional Hipólito Unánue desde su actual situación de la comunicación interna institucional y de su proceso de salud ocupacional enfocada a prevenir la tuberculosis en el espacio laboral. Este proceso que operativamente se reconoce como *Estrategia de control de la transmisión de la tuberculosis dirigido a los trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue* lleva más de cuatro años de implementación; en el factor

comunicación, si bien no ha sido gestionada de manera organizada, los responsables de esta Estrategia desplegaron algunas acciones de comunicación, cuya eficacia será analizada a fin de proponer mejoras sostenibles para su gestión dentro de la estrategia, y asimismo tenga un impacto en la comunicación organizacional.

El último capítulo tiene el propósito de presentar los resultados obtenidos gracias a la aplicación de los instrumentos mixtos comprometidos para la investigación. Se expone no solo el análisis de las variables de la comunicación interna tanto en lo institucional como en la experiencia de la prevención de la tuberculosis, sino también el desempeño de la Unidad de Comunicaciones. Es en este capítulo donde se hará la discusión de los objetivos de investigación; cerramos el proceso de análisis con las conclusiones, la bibliografía y los anexos pertenecientes.

CAPÍTULO I

OBJETO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 El problema de investigación

El Hospital Nacional Hipólito Unánue en cumplimiento de las políticas de salud ocupacional del Perú ha venido implementando, desde el año 2010, estrategias de prevención de enfermedades en sus trabajadores. Si bien, ninguna de ellas no ha tenido un acompañamiento planificado de comunicación, como se detallará más adelante, si han desarrollado, desde su comprensión, un componente comunicacional en su interés por brindar mensajes que prevengan al trabajador ante el potencial contagio de la enfermedad en su quehacer laboral diario, como es en el caso de la prevención de la tuberculosis en el trabajo; sin embargo, los pocos esfuerzos de comunicación, no han cumplido con lograr que los trabajadores se identifiquen con la intención de la iniciativa de salud ocasionando muchos problemas a nivel de entendimiento y aplicación de los mensajes en su quehacer diario en el trabajo.

El problema surgió cuando en la etapa de planificación de esta estrategia no se comprende entre una la labor de difusión y otra de comunicación; de brindar solo conocimientos y, por otro lado, de crear hábitos; de resaltar principalmente la enfermedad y sus riesgos en las personas, comparado con la imperiosidad de resaltar la unión de las personas en la prevención de la enfermedad, etc., lógicas contrarias lo cual debilita la importancia de los objetivos. Desde luego, este problema se da porque entre la percepción de riesgo de los promotores de la estrategia y la percepción de riesgo de los que reciben los mensajes [los trabajadores] no existen vínculos de comprensión mutua. Esta problemática se observa, por ejemplo, en la poca motivación de los trabajadores para asistir charlas de bioseguridad, en otras palabras, no se logró impactar en el trabajador de a pie, lo cual hace que la tasa de trabajadores infectados por TBC no disminuya desde los tres últimos años. Otros de los principales consecuencias del problema de comunicación interna fue un débil posicionamiento de la estrategia de prevención de tuberculosis en los trabajadores; débil compromiso de la Alta Dirección y de los mandos medios por los objetivos de la salud ocupacional así como una endeble

adherencia de los trabajadores respecto a las medidas de prevención de la tuberculosis; débil coherencia de parte de los que promueven las nuevas conductas o hábitos de prevención de la tuberculosis quienes no cumplen con sus propias normativas. En este contexto, se plantea responder la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta general:

¿Cómo es la satisfacción con la comunicación interna en salud de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es el contexto principal de la satisfacción comunicación interna en la salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima?
- ¿Cuáles son las características de la comunicación interna hospitalaria en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis dirigida hacia trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima?
- ¿Cuáles factores críticos de la comunicación interna en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo principal:

Analizar la satisfacción con la comunicación interna en salud en los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue - Lima

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los aspectos contextuales de la comunicación interna y la salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Describir las características de la satisfacción de la comunicación interna del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el desarrollo de la estrategia de prevención de tuberculosis dirigida hacia sus trabajadores
- Describir los factores críticos de la comunicación en la prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

1.3 Justificación de la investigación

La investigación es importante por las siguientes razones:

- *Por la información de primera mano acerca de las experiencias significativas detrás de la gestión de la Estrategia de lucha contra la tuberculosis.* Directamente de sus actores principales, se ha podido recopilar las creencias, conocimientos, actitudes de las personas quienes lideran y estructuran la estrategia de prevención de la enfermedad y de cómo llegar a los trabajadores del Hipólito Unánue
- *Para la toma de decisiones gerenciales de la comunicación en la prevención de la enfermedad a nivel institucional.* Actualmente, el Hospital Nacional Hipólito Unánue no cuenta con un adecuado proceso de comunicación interna, mucho menos para la promoción de la salud laboral. Esto no ha hecho más que, debilitar el impacto de los programas como la prevención de la TBC en trabajadores donde no se encuentra el punto de común acuerdo entre los promotores de la salud de la institución y los trabajadores; asimismo no existe una óptima valoración ni de las actividades de promoción ni de la información

brindada, ni la participación de los *stakeholders*, finalmente, ni la adherencia a las prácticas del cuidado de la salud laboral.

- *Para la mejora de la comunicación en la implementación del Plan de Intervención de la lucha contra la tuberculosis.* Cabe resaltar que en la implementación de estrategias de prevención de la enfermedad se requiere más que difusión, se necesita gestión de la comunicación, y esto se basa en analizar el proceso de comunicación interna y proponer oportunidades de mejora que permitan lograr eficacia en cuanto a la adherencia de los trabajadores hacia los hábitos en el cuidado de su salud dentro de su centro de labores.

Cabe resaltar que este trabajo académico toma mayor relevancia en el siguiente marco contextual:

- Reforma de salud: Uno de los principales objetivos es *fortalecer [a través de la investigación] la promoción de la salud y prevención de enfermedades*, en los trabajadores
- Impulso de las políticas de salud laboral, amparado en la *Ley N° 29783, Ley de seguridad y salud en el trabajo* impulsado por la Presidencia de la República del Perú, que busca promover una cultura de prevención de riesgos laborales.
- El *Plan general de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias 2015* con RD. N° 148-2015-HNHU-DG, donde se estipula como objetivo principal “prevenir y controlar las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, priorizando los servicios con mayor riesgo”.

1.4 Diseño de la Investigación

1.4.1 Tipo de investigación

La metodología de investigación sobre la cual se basó el proceso de diagnóstico comunicacional a la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue es de tipo:

- Mixta, ya que la investigación contempla información cuantitativa pero además le pone énfasis en lo cualitativo a fin de tener un enfoque holístico

del problema, sobre el cual concluir y proponer alternativas de solución (Hernández, Fernández y Bautista, 2010)

- Descriptiva, porque a través de esta investigación se busca caracterizar la comunicación interna dentro de un proceso de salud ocupacional, así como sistematizar información clave que pueda servir como base para profundizar en futuras investigaciones.

1.4.2 Variables

Satisfacción con la comunicación interna en salud

1.5 Hipótesis de investigación

La satisfacción con la comunicación interna en salud por parte de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue es negativa.

1.6 Técnicas e instrumentos de investigación

1.6.1 Revisión documental.

Se analizó la comprensión de la comunicación plasmada en los documentos de gestión usados en la implementación de la Estrategia de prevención del Hospital Nacional Hipólito Unánue a fin de implementar la salud ocupacional, bioseguridad, así como la estrategia de prevención de TBC en la institución. Asimismo, también se analizó cómo se estructura la comunicación interna en los documentos de gestión de la Oficina de Comunicaciones, y su potencial relación con la estrategia de prevención. En suma, a través de esta técnica, se obtuvo información de cómo se encontró estructurada la comunicación interna en el marco de la prevención de la tuberculosis dirigido hacia los trabajadores.

1.6.2 Entrevista

A través de la esta herramienta se logró información que nos permita conocer el desarrollo del fenómeno comunicacional de la estrategia de prevención, así como el desarrollo de la prevención de la tuberculosis y su efecto en la salud ocupacional del Hospital Hipólito Unánue. Para esto, nuestro interés estuvo

dirigido hacia conocer la comprensión de este tema desde la alta dirección, equipo de gestión de la estrategia y los responsables de la Oficina de Comunicaciones. Para lo cual se han desglosado los siguientes aspectos adaptados de la tesis doctoral: “La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud” del Dr. Edilson Bustamante Ospina (2013):

Cuadro N° 01: Lista de personas y temas para entrevista

Encargado	Cargo	Temas de la entrevista
Patrocinador de la estrategia de prevención de TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe actual del Departamento de Neumología • Ex Jefe del Departamento de Neumología 2013-2015 • Ex Jefe del Departamento de Neumología 2010-2013 (Inicio de la Estrategia Integral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre el trabajo de la prevención de contagio de enfermedades en el Hospital Nacional Hipólito Unánue • Sobre el comportamiento del trabajador frente a la prevención del contagio de enfermedades en el Hospital Nacional Hipólito Unánue • Sobre el desarrollo de la comunicación interna en la estrategia de prevención de la TBC en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
Equipo de la estrategia de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de Salud Ocupacional • Responsable de la Estrategia de Prevención de la tuberculosis en trabajadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre el trabajo de la prevención de contagio de enfermedades en el Hospital Nacional Hipólito Unánue • Sobre el comportamiento del trabajador frente a la prevención del contagio de enfermedades en el Hospital Nacional Hipólito Unánue • Sobre el desarrollo de la comunicación interna en la estrategia de prevención de la TBC en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
Oficina de Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe actual de la Oficina de Comunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • La gestión de la Comunicación interna en la institución. • Comunicación interna y prevención de contagio de enfermedades en el trabajo. Mirada General • Las cinco íes de la comunicación interna y la estrategia de prevención de tuberculosis dirigida hacia trabajadores (Identificación, información, integración, instrucción e imagen)

Fuente y elaboración propia

1.6.3 Encuesta

Las preguntas están focalizadas desde tres relaciones: trabajador – institución; trabajador – prevención de enfermedades; trabajador – Estrategia de lucha contra la tuberculosis.

La técnica que se usará para el tratamiento de los datos es el *Top Two Box* (TTB) a través del cual se suman las dos opciones superiores (top) “De acuerdo” “Totalmente de acuerdo”. Esta técnica es usada en estudios de satisfacción y se aplican de manera adecuada en investigaciones con pocas escalas como del 1 al 5. (CENTRUM, 2003)

Entre las 05 dimensiones de estudio de la comunicación interna experimentada desde el público objetivo en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis, se ha adaptado de la tesis doctoral: “La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud” del Dr. Edilson Bustamante Ospina (2013) un total de 20 preguntas con su respectivo sustento:

Cuadro N° 02: Preguntas de la dimensión Identificación

Dimensión: IDENTIFICACIÓN	
PREGUNTA	SUSTENTO
¿Me siento orgulloso de trabajar en el Hospital Nacional Hipólito Unánue?	Conciencia que tienen los trabajadores de pertenecer a la organización, su sentimiento de orgullo por esta pertenencia y su deseo de mantener su vinculación en el futuro
¿Considero que saber cómo prevenir las enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) es uno de los conocimientos más importantes para mi buen desempeño? ¿Me siento identificado con las acciones de prevención de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) impulsadas desde mi institución?	Identificación en relación con la prevención de las enfermedades y el cuidado de la salud en el trabajo

Fuente: Bustamante (2013)

Cuadro N° 03: Preguntas de la dimensión Información

Dimensión: INFORMACIÓN	
PREGUNTA	SUSTENTO
<p>¿Es frecuente que la información que recibimos de la institución es sobre temas con importancia?</p> <p>¿Me entero de más cosas de la institución por lo que dice la comunicación oficial de la Dirección General, que por lo que dicen mis compañeros?</p> <p>¿Los objetivos que ha trabajado la institución sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades como la tuberculosis es conocido por todos los trabajadores y no solo por quienes los han formulado y gestionado?</p>	Sentimiento de sentirse informado
A través de los canales internos (como los periódicos murales, documentos, etc.) ¿recibo información acerca de los avances de cómo va el trabajo de prevención de la enfermedad (TBC y otros) en la organización?	Información a los empleados sobre la institución (que realiza acciones de prevención de enfermedades y el cuidado de la salud en el trabajo)
¿A través de canales internos recibo información sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis entre otras enfermedades)?	Información a los empleados necesaria y útil para su trabajo (en relación al cuidado de su salud frente al contagio de enfermedades dentro del trabajo)

Fuente: Bustamante (2013)

Cuadro N° 04: Preguntas de la dimensión Instrucción

Dimensión: INSTRUCCIÓN	
PREGUNTA	SUSTENTO
<p>¿Recibo capacitación por parte de la institución en <u>conceptos teóricos</u> en prevención de contagio de enfermedades en el trabajo (como la tuberculosis)?</p> <p>¿Recibo capacitación por parte de la institución en <u>cómo aplicar</u> en la vida diaria los conocimientos de prevención de contagio de enfermedades en el trabajo?</p>	Formación en enfoques y teorías interdisciplinarias de la prevención de enfermedades y cuidado de la salud laboral
<p>¿Recibo capacitación por parte de la institución en <u>cómo comunicar</u> a mis compañeros lo que aprendí acerca de la prevención del contagio de enfermedades?</p> <p>¿Recibo capacitación por parte de la institución en <u>cómo organizarnos</u> con mi equipo de trabajo para realizar iniciativas de prevención de contagio de enfermedades?</p>	Formación en habilidades de comunicación, y de trabajo en equipo para la prevención de enfermedades y cuidado de la salud laboral

Fuente: Bustamante (2013)

Cuadro N° 05: Preguntas de la dimensión Integración

Dimensión: INTEGRACIÓN	
PREGUNTA	SUSTENTO
¿En esta institución tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias?	Apertura y confianza en la comunicación con la dirección
¿Normalmente recibo de mis compañeros de trabajo respuestas rápidas y oportunas a las dudas que tengo?	Apertura y confianza en la comunicación con los compañeros
¿Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi lugar de trabajo?	Disposición al trabajo en equipo
¿Formo parte y estoy integrado en actividades de prevención de contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que desarrolla mi organización?	Integración de los empleados a los procesos de prevención del contagio de enfermedades en el trabajo
¿En esta institución se promueve la participación e integración de los trabajadores como uno de los elementos claves de la prevención del contagio de las enfermedades como la tuberculosis?	Valoración de la participación e integración como parte del trabajo de prevención del contagio de enfermedades en el trabajo

Fuente: Bustamante (2013)

Cuadro N° 06: Preguntas de la dimensión Imagen

Dimensión: IMAGEN	
PREGUNTA	SUSTENTO
¿Es favorable la imagen que tengo de mi organización?	Cultura corporativa: misión y visión y valores (congruencia entre su formulación y la realidad institucional, aceptación e identificación de los públicos internos con éstos, formas de ver y hacer las cosas dentro de la organización)
¿Tengo una percepción favorable sobre las soluciones al tema del contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que realiza mi institución??	Percepción de los empleados sobre la situación actual de la organización en cuanto a los logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control)
¿Tengo una percepción favorable del trabajo que se viene haciendo en mi organización en relación a la prevención de las enfermedades como la tuberculosis?	Con relación a la prevención de contagio de enfermedades y el cuidado de la salud en el trabajo

Fuente: Bustamante (2013)

1.7 Muestreo

El tipo de muestreo utilizado para la siguiente investigación fue el *muestreo estratificado para frecuencias con afijación proporcional*. El tamaño de muestra fue 134 personas (hombres y mujeres) encuestadas ya sea de condición asistencial o administrativo; o se encuentre laborando por Contrato Administrativo por Servicios (CAS) o por nombramiento. La fórmula aplicada fue la siguiente:

Tamaño total de la muestra	Tamaño de cada estrato	Error muestral
$n = \frac{\sum_{i=1}^I N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^I N_i P_i Q_i}$	$n_i = n \left(\frac{N_i}{\sum_{i=1}^I N_i} \right) = n \left(\frac{N_i}{N} \right) = n(W_i)$	$E = \frac{d^2}{Z_{1-\alpha/2}^2}$

En resumen:

Dimensión de la población:	1910 trabajadores entre CAS y nombrados
Probabilidad del evento:	Hombre 40% Mujer 60%
Nivel de confianza:	0,95
Precisión:	8%
Error de estimación	0,001666233
Resultado	458
Tamaño de la muestra:	134
Muestra Estrato 1: Personal Administrativo	30
Muestra Estrato 1: Personal asistencial	104

CAPÍTULO II

ESTADO DE LA CUESTIÓN

La comunicación para la salud es una de las líneas de investigación en comunicación de mayor data histórica y de grandes cambios en su comprensión. A través de diferentes autores e instituciones especializados en el tema, como Eileen Berlin Ray, autora citada por Manuel Martín Algarra (1997):

El estudio de la comunicación sobre salud ha experimentado un espectacular incremento desde mediados de los años 70. Como campo, la comunicación sobre salud recibió en 1975 su primer reconocimiento formal con el establecimiento de la Health Communication Division en la International Communication Association. Desde entonces, la disciplina ha continuado creciendo con el establecimiento de la Commission on Health Communication en la Speech Communication Association, la revista Health communication, muchos artículos académicos aparecidos en revistas de comunicación o de salud y numerosos libros de texto para los estudios universitarios. Todo esto son signos positivos del carácter emergente de la comunicación sobre salud como un área de gran interés para los estudiosos de la comunicación. Ofrece la oportunidad de realizar una investigación aplicada que, convenientemente fundamentada en la teoría, pueda mejorar realmente la vida de las personas. Y es el matrimonio entre la teoría y la aplicación lo más prometedor de este campo, ya que una sin la otra resultarían inservibles (pp. 2 – 3)

No obstante, la comunicación para la salud no siempre fue entendida de la misma manera a través del tiempo, porque pasó de ser un instrumento a ser un campo de acción y conocimiento. Por otro lado, desde sus inicios hasta nuestros tiempos, la aplicación de la comunicación en la salud siempre estuvo enfocada hacia atender las necesidades del paciente y su comunidad (público externo), dejando en segundo lugar al público interno, promotor y proveedor de servicios de salud. Se hace mención de estos dos puntos porque se buscó relatar el devenir de la comunicación para la salud, y también, visibilizar el interés científico por fortalecer la comprensión de la comunicación para la salud dirigida en el entorno organizacional, que conocemos hoy por salud ocupacional.

2.1 Antecedentes históricos de la comunicación para la salud

El inicio de la comunicación para la salud se dio en la Primera Conferencia para Directores de Sanidad desarrollada por Organización Panamericana de la Salud. Este evento tiene un valor importante porque se ensayó una de las primeras definiciones de la comunicación para la salud. Entonces,

la Organización Panamericana de la Salud se convirtió en un socio principal en la promoción de la salud y el bienestar mediante programas de comunicación desde sus primerísimos años. En 1926, la Primera Conferencia de Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas aprobó una resolución que destacaba la gran importancia educativa que tienen las películas en la salud pública.” (OMS, 1997, p. 6)

Como se puede apreciar, para la Primera Conferencia Sanitaria, la comunicación se reduce a un instrumento de información. Esta definición tuvo vigencia durante varias décadas hasta la década de los '80. Fueron las épocas del dominio de la Educación para la salud, en cuya operatividad la comunicación fue un instrumento de difusión.

Como señala Hernán Díaz y Washington Uranga (2011):

En línea con las teorías hegemónicas por aquellos años, se instaló una concepción de la comunicación con un claro sentido instrumental, que la consideraba como una herramienta para manipular y controlar las conductas individuales y colectivas; una idea claramente vinculada con las primeras teorías de la comunicación, basada en perspectivas sistémicas y funcionalistas, que la concibieron como mera *transmisión de información* con fines persuasivos. En palabras de Beltrán (2005), este modelo de comunicación para la salud fue un “proceso unidireccional (monológico) y vertical (impositivo) de transmisión de mensajes de fuentes activas a receptores pasivos sobre cuya conducta ellas ejercen así presión persuasiva para asegurar el logro de los efectos que buscan. (p. 20)

Obviamente el avance de la comprensión de la comunicación no fue prioritario. Parafraseando a la Dra. Heli Perrett (1976) esto se debió a que el desarrollo de la comunicación obtuvo rechazo por parte de intereses creados, no obstante, años más tarde sería vista como un campo de acción reconocido y aceptado; el único método utilizado para la difusión de los mensajes de salud de parte de los programas de las organizaciones rectoras de salud, era la educación para la salud. No obstante, poco a poco se hacía visible que los fines de la comunicación eran distintos y competitivos en comparación con la educación para la salud. Como señala, Mosquera (2003):

Desde sus inicios, la comunicación en salud muestra mayores ventajas que la educación sanitaria logrando posicionarse en Latinoamérica a inicios de los 80. Entre esas ventajas están el mejor manejo de los medios masivos, el interés por una adecuada programación de los mensajes difundidos y de una evaluación de sus efectos (p.2)

Por otro lado, la profesionalización de la comunicación para la salud se abrió campo entre las exigencias de las organizaciones de salud. El fenómeno de la comunicación se hacía particular y único que exigía no poder ir como un instrumento sino como un campo de conocimiento naciente. Para entender este proceso citaremos a Luis Ramiro Beltrán (2004), quien identifica tres ventajas claras de esta nueva subdisciplina naciente como es la comunicación para la salud:

1) El mayor y mejor empleo de medios masivos, sin desmedro de los inter-personales; 2) La tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de este; y, 3) La facilidad de acceder a formatos participatorios (sic) derivados de la praxis ganada por décadas, en Latinoamérica, en cuanto a comunicación dialógica y democratizante. (p. 1)

Queda claro, hasta aquí que la comunicación para la salud va ganando aportes epistemológicos para formar la estructura disciplinar que tiene hoy.

Para el año 1986, la comunicación para la salud se gana el reconocimiento juntamente con el avance de la promoción de la salud. A partir de la Carta de Ottawa, se incorporaba formalmente a la promoción de la salud como un proceso dentro del campo de la salud, un proceso tan igual o más importante que los procesos de recuperación y rehabilitación de la salud, por sus efectos a favor de las personas y comunidades. Nuevamente los medios de comunicación se catapultan como actores claves para la promoción de la salud, como señala (Coe, 1998).

En definitiva, luego de la Carta de Ottawa, hicieron que la comunicación para la salud sea vista de manera diferente. Como señala Díaz, Hernán y Washington Uranga (2011),

[t]odas estas estrategias indicaban, de una u otra manera, la necesidad de integrar a la comunicación como elemento transversal de los programas y acciones de educación para la salud y promoción de la salud” (p. 115). Fue “durante la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana, en setiembre de 1990, donde se hizo hincapié en la comunicación social como un elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades” (Coe, 1998, p.2). Según Gloria Coe (1998), fue en la elaboración de las orientaciones estratégicas y programáticas de 1995-1998 donde se define lo siguiente: El uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud. (Coe, 1998, p. 1)

Por consiguiente, a través de este concepto se relaciona a la comunicación social con los cambios de actitudes y prácticas de salud, asimismo, se observa la relación entre comunicación e influencia sobre políticas. Dicho esto, nuevamente OMS (1997) nos dice lo siguiente:

El 30 de septiembre de 1993, el 39o. Consejo Directivo aprobó la resolución Promoción de la salud en las Américas, por la cual insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la responsabilidad de la población. (p.4)

Si bien aún se toma a la comunicación como instrumento idóneo para lograr efectos positivos en las conductas de salud de las personas, ya en esta etapa, la comunicación para la salud se alista para ingresar a las agendas de los gobiernos comprometidos con las directivas de la Organización Panamericana de la Salud.

Dentro de estas líneas programáticas, no obstante, hubo un reto más para la instalación de la comunicación para la salud: la variabilidad cultural, social económica de los países que suscribieron dichos acuerdos. Si bien fue comprobada que la comunicación funcionaba dentro del campo de la salud, no fue así cuando se trató de plasmarlo a las realidades sudamericanas, por ejemplo, ante esto Mosquera (2003) reconoce que,

[e]n las Orientaciones Estratégicas de 1995 – 1998 se plantea que la comunicación social transmite la información necesaria para crear conocimientos en los individuos y en la población con el objetivo de cambiar actitudes y prácticas. Por otro lado, se ha observado un cambio de enfoque en este tema, el cual se desplaza desde el efectista hacia un enfoque en donde sea la misma población y su cultura sean ejes para el diseño de los programas de comunicación en salud. (p. 6)

Mario Mosquera es enfático que la comunicación por sí sola no es efectiva, pero que si tiene un mayor impacto si funciona desde la cultura de las poblaciones, el cual debe ser vista por los programas de comunicación para la salud. Esto está muy cerca con lo que Gloria Coe señala: “[l]a información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud”. (p. 27)

Este párrafo del análisis de Gloria Coe (1998) dedicado a la *Comunicación y promoción de la salud*, gira en torno a reconocer que la comunicación tiene un espacio en las políticas públicas de salud, que su poder de influencia no puede ser vista como un anexo, más si como un componente estratégico. Ya para 1996, la Organización Panamericana de Salud “expidió una directiva en la que se detallaba una política de comunicación y asuntos públicos, basada en gran parte en un documento similar adoptado por la Organización Mundial de la Salud” (Organización Panamericana de la Salud, 1997, p.4)

Luego, cada autor hasta aquí, ha brindado hitos importantes en el proceso de consolidación de la comunicación para la salud como un campo disciplinar de estudio y acción única. No obstante, nuevos vientos llegaron a América Latina en cuanto a la comunicación para la salud. Este impulso teórico metodológico se fue originando desde la década de los '60 (Coe, 1998) y fue desarrollándose y formándose paralelamente al modelo aún difusionista de la OPS, hasta entrada el siglo XXI. Nos referimos a relación comunicación y cultura, un binomio que fue tomando más fuerza en los trabajos de comunicación para la salud. La autora Silvia Pintos (2001), a través de su artículo *Comunicación y Salud* hace un análisis de los cambios en el entendimiento de la salud y

la comunicación y cómo los dos campos han ido haciendo una simbiosis que va en crecimiento, donde la cultura va teniendo un espacio en el contexto de la comunicación para la salud:

De privilegiar la fuente (o el emisor) y el mensaje, este concepto pasó a enfatizar el receptor (o destinatario) y los significados; de procesos unidireccionales con las fases de la comunicación bien marcadas (emisor-mensaje-receptor) se ha pasado a hablar de procesos en espiral o circulares; de considerar la transmisión de información como el eje principal se ha llegado a considerar las relaciones entre los sujetos y las interpretaciones como los componentes fundamentales del proceso, poniendo la producción de sentido en un lugar central. (p. 125)

A partir de lo que manifiesta Pintos, podemos inferir que estamos ante otra etapa de la línea de tiempo, una etapa básicamente centrada en la producción de sentidos en relación a la salud, un proceso poderoso y complejo que nace de las costumbres, hábitos, creencias, estilos de vida de las personas:

[I]a Comunicación para la Salud (o Comunicación en Salud) refiere no sólo a la difusión y análisis de la información –actividad comúnmente denominada periodismo científico o periodismo especializado en salud-, sino que refiere también a la producción y aplicación de estrategias comunicacionales -masivas y comunitarias- orientadas a la prevención, protección sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables, así como al diseño e implemento de políticas de salud y educación más globales. (p. 122)

La comunicación visibilizó el entramado de relaciones, así como los sentidos culturales localizados en el trabajo por la salud. Si bien la comunicación logró estar en las agendas globales de los organismos de salud, existía una brecha entre los beneficiarios y las estrategias que se aplicaban. Es el caso paradigmático de América Latina, lugar donde se levantaron muchos estudiosos, quienes vieron la problemática, y plantearon nuevas formas de hacer comunicación para la salud, pero desde la realidad específica de cada país, región, localidad. Esta etapa es retratada de manera magistral por Ramiro Beltrán (2011), quien concluye lo siguiente: “Vista como proceso social, la comunicación para la salud es un mecanismo de intervención institucional para ejercer, a escala multitudinaria, influencia sociocultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública” (p. 33)

2.2 Conceptos representativos de la comunicación para la salud

La evolución de la comunicación en el campo de la salud fue de la mano con el cambio revolucionario de la concepción de *lo que es* salud. Ésta ya no era más un asunto netamente biológico y de índole médico; ahora era, además, un tema biopsicosocial, es decir un asunto que competía incluso a los pacientes, que puedan entender que ellos podían ser protagonistas de su propia salud. En este tránsito de formas de ver a la salud, y como proceso facilitador estuvo la comunicación que también se fue perfilando como un proceso importante que debía estar en los asuntos de salud. Pese a ello, no es novedad que aún hoy en día exista programas de salud con modelos difusionistas o instrumentalistas de la comunicación. Al respecto Janet García (2011) ensaya un primer concepto de vital importancia:

Tradicionalmente se le ve como difusión de información o como estrategias de ventas de productos o ideas. La comunicación es esto, y también, es más. La comunicación se encarga principalmente de las maneras como nos relacionamos, de interactuar socialmente, como nos ponemos de acuerdo (a partir de una interacción simbólica conjunta a las representaciones sociales de cada individuo para lograr la acción social ideal en la prevención de salud), trabaja sobre aquello que hace posible que vivamos juntos. Se encarga de la convivencia y de cómo ésta se va dando a través de la construcción de consensos, de entendimientos, de valoraciones. (p. 7)

Otro de los conceptos que están enfocados en la optimización de procesos de comunicación que han tenido mucha presencia en las agendas de salud, como es el uso de medios de comunicación es la del investigador Martín Algarra (1997).

El autor hace una crítica importante señalando que es tiempo de no solo ver qué medios usar y qué no, si no centrarnos a los efectos, así como los escenarios de salud. Según Algarra (1997) la comunicación para la salud es “la combinación de la comunicación de masas para diseminar la información y de la comunicación interpersonal y grupal, menos anónima y más dirigida a la persuasión que al incremento de la información para el público.” (p.4)

De manera similar, Ramiro Beltrán (2011), entiende que el concepto de comunicación para la salud ha estado y estará relacionado con los medios de comunicación, y cuando se habla de medios no solo se hace alusión a los *massmedia* sino a todas las formas o canales que permite la transmisión y retroalimentación entre las personas; no obstante, Beltrán agrega a lo propuesto por Algarra (1997) dos conceptos importantes, siendo la idea central de que un manejo o uso de *medios* no está exenta de

una ruta ordenada, planificada y lejana de las formas de interacción conocida por las personas:

En un sentido general, la comunicación para la salud consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. (...) Como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y moderno, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos del programa de salud pública. (p.7)

Otros autores han visto el potencial estratégico de la comunicación en los despliegues de los programas de salud. Prueba de ello, es que existen investigaciones que hablan del ahorro en gastos en salud que con la ayuda de la comunicación se ha podido lograr, esto a colación de las ingentes cantidades de dinero que anualmente se invierten en las acciones de promoción y prevención de la salud.

Entonces, la comunicación en salud se concibe como “un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.” (Mosquera, 2003, p.2)

Por otro lado, uno de los cambios en la comprensión de la comunicación en el campo de la salud fue entenderla como proceso. La virtud de la comunicación como proceso social es que no solo considera al emisor y el medio como variables importantes dentro de su análisis; sino también implica enfocarse también en el receptor, el mensaje, el contexto social, y cómo intersección de estas variables apuntan a propósitos de cambio social. Entre los principales autores tenemos al especialista en salud pública Don Nutbeam, quien es citado por la Organización Panamericana de la Salud (2001), para conceptualizar a la comunicación para la salud como:

el proceso para desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los adolescentes (p. 1).

A nivel de Latinoamérica tenemos a la profesora Janet García (2011) y al investigador Ramiro Beltrán (2011) quienes también aportan a la comprensión de la comunicación como proceso desde una realidad como la de América Latina, que estuvo en constantemente conflicto por generar su propia ruta de comunicación para la salud frente a los modelos de comunicación traídos de las organizaciones internacionales.

García (2011) por su parte en su experiencia con la comunicación social en programas de salud, propone que es necesario:

ver [a] la comunicación como los procesos de relación, de dialogo a través de los cuales las personas se informan, opinan, debaten, se cuestionan, aprenden, deciden cambiar, se hacen visibles, procesan sus conflictos y llegan a acuerdos; ponen en común el sistema de significados y sentidos, así como también la comprensión de sus acciones a partir del para qué y el porqué de las acciones y actos en el desglose de sus motivos. (p. 7)

Por su parte, Beltrán (2011), señala que “vista como proceso social, [la comunicación para la salud] es un mecanismo de intervención para generar a escala multitudinaria, influencia social, que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.” (p.33)

En ambos autores podemos observar que existen requisitos importantes que la comunicación en la salud debe poseer para sea efectiva, requisitos que no están en los medios si no en los sistemas de vida de la gente. No obstante, estos avances en la comprensión no pueden mantenerse en el discurso teórico metodológico si no está protegido o guiado por políticas. Por esa razón existen conceptos que giran en torno al diseño de políticas y estrategias que podemos conocer hoy. Entre ellos tenemos a Walter Neira y Ana María Cano (2000), para quienes la comunicación para la salud:

abarca una serie de instancias que van desde la comunicación interpersonal hasta la comunicación masiva y cubre ámbitos tan diversos como el diseño de políticas (estrategias) y la definición de acciones vinculados a la capacitación, el análisis y la investigación, a la producción y la creación, entre otros. (p.11)

Los autores reconocen como materia de las políticas, definir los procesos críticos de la comunicación para la salud, del cual se deduce la importancia de tener mapeado los pasos y los nudos críticos dentro del proceso comunicativo. En resumen, como señala, Laura Salas (2008):

[e]s posible encontrar numerosas definiciones de comunicación para la salud; en términos generales podría decirse que algunas definiciones acentúan el uso de los medios de comunicación para cambios conductuales individuales y sociales a favor de hábitos saludables y otras, en cambio, ponen el acento en los procesos de comunicación para la movilización social, la definición de problemas de salud y la búsqueda y ejecución de soluciones para el logro de una situación de salud deseada. Algunas definiciones marcan como preponderante el rol del Estado o de las instituciones en la definición y ejecución de las acciones sanitarias y otras, en cambio, hacen hincapié en las acciones de las comunidades. (p.2)

La importancia de revisar los conceptos de la comunicación para salud es debido a su potencial movilizador de las acciones de comunicación desarrolladas a lo largo de la historia, el cual redundo en la calidad de los resultados y de los beneficios a las personas. En tal sentido, hemos podido observar cómo la comunicación se fue convirtiendo de un

medio a un objetivo, de una acción a una política, de atender solo al emisor y sus problemas, a mirar también al receptor y su mundo.

2.3 Enfoques de la comunicación para la salud

A través de la historia de lo que hoy conocemos como comunicación para la salud, se puede distinguir tres enfoques de comunicación que se diferencian en la forma de comprender el problema de comunicación, sus procesos de acción y sus efectos en el individuo o los individuos dentro de la salvaguarda de la salud.

2.3.1 Enfoque de difusión de la salud

El enfoque de difusión de la salud dirige su mayor atención a los efectos (inmediatos) producidos en la gente a partir de la comunicación enviada. El concepto de medio de comunicación era el punto de quiebre de las decisiones de comunicación, ya que estaba sustentado que tenía poder de influencia tan suficiente como para cambiar actitudes; y, por otro lado, eran de gran alcance. Los medios de comunicación preferidos y dominantes eran la televisión y la radio, y éstas eran dirigidas por un grupo de responsables especializados de los cuales dependía el éxito de las comunicaciones. En otras palabras, los dos factores importantes sobre los cuales se basa este enfoque son la información y los medios de comunicación. A través de ambos factores, se definió una ruta de acción focalizada prioritariamente en el *Emisor*, es decir en las organizaciones nacionales e internacionales de salud, en cuyas manos estaba el enseñar y transmitir a cuántas personas se pueda, acerca de la salud.

Según este enfoque, uno de los problemas de comunicación de mayor importancia en la salud gira en torno a la cantidad y la calidad de la información (mensajes) que se difunde. Para este enfoque lo crítico está en la información, ya que a mayor información posea una persona, mejor decisión tomará respecto a su salud y el éxito de este proceso aporta positiva o negativamente, según corresponda, al desarrollo de país. Como señala Javier Tovar (2006)

La necesidad de estar informado es uno de los parámetros que caracterizan a la sociedad en los países de las zonas desarrolladas y, en ese marco, la información sobre salud es uno de los apartados más relevantes en el mundo de la comunicación, como demuestran las encuestas relativas a los temas que más preocupan, interesan y demandan los ciudadanos. (p.165)

Este enfoque tuvo mucha incidencia en las primeras décadas de la comunicación para la salud, gracias a los medios de comunicación en este caso masivos como la televisión y la radio, que multiplicaba la oportunidad de que un individuo pueda lograr al menos encontrarse con algún mensaje acerca de la salud. Sin embargo, pese a los esfuerzos, se observaron debilidades en la relación de la cantidad de información recibida por el público y el cambio de comportamientos de los mismos. Como también señala Tovar (2006), “una población bien informada sobre la salud será, sin duda, más sana, aunque a esta idea conviene hacerle precisiones, ya que, desgraciadamente, hay personas muy bien informadas, pero también muy enfermas” (p.166)

Para Tovar (2006) el problema no es la cantidad, si no en la calidad de la información. Los contenidos necesitaban tener mayores criterios que reduzcan cualquier ruido o distorsión en las personas. Como señala Cuesta (2008),

Fruto de la experiencia de este trabajo diario somos conscientes de que, en materia de información sanitaria, la calidad y veracidad de las informaciones tiene que ser aún mayor si cabe, que en otro tipo de materias. Y así nos lo demandan los propios pacientes, principales afectados por las informaciones que publicamos cada día. Son ellos los que, conscientes de la importancia de nuestra labor, nos solicitan que sigamos unos criterios¹ que nos ayuden a tratar con mayor rigor, profundidad, efectividad y respeto las informaciones sobre salud. (p. 14)

Se puede resumir, que información sin criterios, redundante en ruidos en la construcción de la comprensión del mensaje. Ahora bien, por qué podría llamar la atención de la calidad de la información en un enfoque difusionista. La respuesta está en el número creciente de adquisición de medios tecnológicos de comunicación e información, pero sobre todo en las crecientes demandas en información para la salud. Por ejemplo, hoy en día, tenemos muchos canales de internet a través de los cuales, se reproduce información de manera indiscriminada. Las personas ya no saben qué información tomar ni de dónde. En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud señaló en 1997, ante estos escenarios de débil gestión de la información para la salud:

La salud es una preocupación común, y los pueblos americanos están tomando cada vez mayor control de los factores que influyen en su salud. Esto está creando una necesidad —y una exigencia— creciente de noticias exactas, pertinentes y rápidas acerca de la salud. Al mismo tiempo, hay una competencia cada vez más intensa en el mercado de los medios de comunicación que se ocupan de la salud. Ya no es suficiente con limitarse a hacer un buen trabajo, lo cual se debe en parte a la multitud de mensajes que transmiten las tecnologías de comunicación rápidas y

¹ El autor incluye 10 criterios, los cuales son los siguientes: Promover del conocimiento social de la salud y la enfermedad, clarificar la información científica para el público en general, contemplar diferentes puntos de vista para enriquecer la información, poner más atención a los enfoques positivos, demostrar falsos mitos, no estigmatizar, evitar caer en la espectacularidad, aportar con el punto de vista de personas afectadas, usar correctamente las fuentes de información, y, tratar la información de manera continua

en incesante evolución. Los Estados Miembros pueden y deben dar a conocer noticias de salud al público y usar esas mismas tecnologías para transmitir mensajes a sus audiencias variadas y para mantenerse a la vanguardia en la distribución de información, tanto técnica como de otro tipo. (p. 8)

En síntesis, una de las primeras definiciones de la comunicación para la salud según el enfoque difusionista es la que brinda la Organización Panamericana de la Salud (1997)

la comunicación para la salud es una estrategia clave para informar el público acerca de las preocupaciones sanitarias y para que los temas de salud importantes figuren en el temario público. Por mucho tiempo se ha reconocido que gran parte de la cultura moderna es transmitida por los medios de comunicación. (p. 5)

Otro de los factores sobre el cual está basado el enfoque difusionista, son los medios de comunicación. Para este enfoque, la eficiencia en la comunicación para la salud es directamente proporcional al acceso y el uso de los medios, dado su alcance e influencia en la atención de la gente. Martín Algarra (1997), define que,

lo específico de la comunicación es la difusión del conocimiento. Los medios, como instrumentos de comunicación, pueden obviamente influir sobre el comportamiento de sus públicos. La eficacia de los medios de comunicación en la promoción de la salud depende de que difundan información exacta y actualizada de manera simple y convincente para que el público corriente la comprenda y actúe de acuerdo con ella. (p. 4)

Se aprecia que esta definición alude a la calidad de la información, porque utilizar los medios de comunicación no supone saber el qué se informará, si no el cómo se brindará la información, por lo cual allí radica su restricción. Ahora bien,

esta sociedad mediática en la que nos ha tocado vivir supone grandes ventajas para los responsables sanitarios al permitir dar a conocer a los ciudadanos la existencia de nuevas enfermedades a la vez que sus métodos de prevención y control, pero, sobre todo, cómo hacer que no las contraigan. (Quiroga y Mugarza, 2006, p.11)

Las formas de comunicar la salud han ido complejizándose de acuerdo a la evolución de los medios; de televisores, radios, a computadoras, celulares, etc. a través de las cuales se encontraron y encuentran hoy, información sin límites sobre la salud. Por su parte los autores, Díaz Córdoba (2006) complementan la relación sociedad mediática y comunicación en salud, señalando que:

en estos momentos, los motores de la sociedad son los medios de comunicación y, dentro de ellos, más concretamente la informática, la telecomunicación y la tecnología del sonido y la imagen (...). Esta situación queda reflejada en cómo se nos transmite, cómo se nos presenta la información; por ello, hablar de comunicación e información de forma aislada es un craso error, pues de forma unida crean una señal de identidad de las sociedades, son capaces de difundir conocimientos, imágenes, actitudes, valores, etc. que absorben a los que prevalecen en estos momentos. (p.194)

Los dos autores hacen mención de cómo es el escenario donde la comunicación tiene una relación directa con los medios de comunicación. Sin embargo, parecería que todo se queda en el ambiente urbano, de ciudad, donde el alcance de los grandes medios de comunicación es eminente, y es cuando quepa la pregunta, cómo comprende el enfoque difusionista los ambientes rurales, donde difícilmente un televisor podría llegar, o un celular, en términos de hoy en día. Entonces, se abre paso a otros tipos de medios, a otras formas de comunicar e influenciar en lo que son los objetivos de salud. Al respecto, existe dos miradas importantes por un lado Roberto Mosquera (2003), nos sugiere que:

el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivo y mixto, así como tradicionales y modernos - como los medios informativos y los multimedia-, es una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. (...) Esta diseminación de información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. (p. 1)

El autor es categórico en definir que existen diferentes tipos de medios que diferencian las formas o los escenarios de comunicación por lo cual es necesario verlas en su plenitud. Esto hace que el espectro de herramientas de comunicación utilizadas desde el enfoque difusionista crezca, dando consigo la cúspide de lo que significa hacer comunicación para la salud desde la generar información y utilizar los distintos medios de comunicación, siempre desde las perspectivas del emisor, que no son otros que los organismos de salud. Desde luego, las principales críticas al enfoque difusionista vienen desde diferentes miradas y sobre todo desde uno de los dos pilares de la difusión: información y medios.

En cuanto al enfoque basado en la información, a través del Programa de reforma de la Atención Primaria de Salud realizada el año 2006, se tiene la siguiente definición:

Muchas veces asumimos la actitud de nosotros [trabajadores de salud] tenemos el saber sobre la salud, ustedes [beneficiarios] sólo tienen creencias y conductas que deben cambiar. Y aunque esta frase suene exagerada, aparece impregnando en mayor o menor medida - muchas veces en forma inconsciente- en la actividad de los trabajadores de la salud. Y entender la comunicación como simple transmisión de mensajes, a pesar de ser la concepción más difundida, no permite trabajar desde un enfoque de la promoción de la salud que busca producir cambios de valores y prácticas en la población con la que se trabaja. (p.10)

Entonces, la reflexión y el llamado de atención son claras, mientras el enfoque esté basado en transmitir saberes, que a priori significa que *se tiene la verdad y la razón*, esperando un efecto inmediato en los que reciben la información, no se logrará el cometido de la promoción de la salud. El enfoque difusionista adolece de

bidireccionalidad; solo construye el mensaje y la difunde, que en muchos casos no supone una real atención por la parte de los que promueven la salud.

Por otro lado, la otra crítica al enfoque en mención llega a través del análisis de tener por eje principal de trabajo a los medios de comunicación, sea del tipo que fuese. Algarra (1997) relaciona medios con lo que es disseminación de información, mas no con concientización o la construcción del sentido de urgencia de un tema de salud. Como señala el autor,

...la eficacia de los medios de comunicación en la promoción de hábitos de vida más saludables, especialmente en la tarea de erradicar los comportamientos perjudiciales, no está probada. Por lo general, parece aceptarse que los medios no son el instrumento más adecuado para esa tarea y sí para la disseminación de información sobre sustancias y comportamientos dañinos para la salud, sobre modos de detección precoz de las enfermedades, etc. (p. 3)

Como podemos observar, Algarra (1997) hace una crítica a “éxito” de la comunicación para la salud basada en los *medios*; el autor sugiere ir más allá de *ellos*, y por qué no más allá del *emisor*, debido a que:

la ineficacia [de los medios de comunicación] es aún mayor cuando falta claridad en las noticias y artículos sobre salud, habitualmente demasiado técnicos y difícilmente comprensibles para el público en general. Esto, en última instancia, no es más que una muestra de la incapacidad expresiva del periodista [o un emisor específico], o de que no ha comprendido la realidad sobre la que informa ni la relevancia que tiene el acontecimiento que narra para la vida cotidiana de la audiencia, por lo que se oculta en un estilo más cercano al lenguaje científico, en el que lo importante es la precisión, que, al estilo periodístico, más preocupado por la comprensión. (p.4)

2.3.2 Enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

El presente enfoque tiene su atención en las formas cómo se construyen las relaciones que establecen distintos actores dentro del campo de la salud en su objetivo por legitimar sus acciones y concretar el beneficio de la salud. Ya sea en la labor de promoción de la salud, que se focaliza en el fomento de estilos de vida y ambientes saludables y de prevención de la enfermedad, cuya atención está en el control del riesgo de la enfermedad, este enfoque también se focaliza en analizar y promover acciones de mediano y largo plazo, y por otro lado, trabajar desde lo multimediático, que no solo pasa por tener ahora más medios que utilizar para el fomento de la salud, sino que los que lo utilizan ya no son los mismos de siempre y se busca la democratización del uso de los medios.

2.3.2.1 Comunicación y promoción de la salud

El enfoque de la promoción de la Salud tuvo su origen formalmente en 1986, en la Cumbre de Alma Ata. Hasta ese momento, ya existían experiencias que hablaban de que comunicar la salud no solo pasaba por el comprender *emisor*, y *el mensaje*, y *el medio*, sino también al *receptor*.

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), la promoción de la salud es ante todo un proceso político social, donde confluyen intereses, poderes, enfoques, estrategias de trabajo, que buscan dinamizar la sociedad en relación a la obtención del bienestar que busca.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (p. 10)

Como podemos apreciar esta organización alude a la idea de *control* por parte de las personas; es decir, ellas son protagonistas de salud, por lo cual hay que garantizar su participación y rol en el sistema de salud. Este salto cualitativo motivo a que en el escenario aparezca la comunicación como un elemento dinamizador de los procesos y los objetivos de promoción de la salud. Gloria Coe (1998), señala al respecto:

La comunicación para la salud se define como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueve la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño, o como un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos. (p. 10)

Coe (1998) hace mención que la promoción de la salud va directamente a generar cambios a los estilos de vida de las personas y a los factores críticos que condicionan los espacios o ambientes saludables. En contraste al enfoque difusionista de la salud, la promoción de la salud, trata al individuo y su entorno, y busca capacitarlo para que sea actor de su propio bienestar.

Esta premisa, que fue motor de debates a finales del siglo XX, y que cambió la forma de hacer salud en el mundo, como dijimos anteriormente, no siempre respondió así. En los anales de la comunicación y la promoción de la salud existen evidencias de lo

difícil que fue enlazar estos dos campos de trabajo. Al respecto, Alfonso Gumucio (2010) argumenta que:

Uno de los grandes problemas de la aplicación de la promoción de la salud fue la falta de comprensión de la comunicación en ese proceso. Al analizar muchos de los programas y de las estrategias de los países de la región latinoamericana (...), vemos que el término “promoción” queda marginado. Se habla de los programas de salud, pero no se elabora sobre el papel de la promoción de esos programas. Los programas de salud, en sí, por muy buenos que sean, no existen si no es en relación con la población. De ahí que el término “promoción” es incomprensible si no encierra procesos de educación y de comunicación. Todo lo que se haga en el marco de “municipios saludables”, “escuelas saludables” y todos los demás espacios comunitarios que son la razón de ser de la promoción de la salud, carecería de eficacia sin la implementación de estrategias de comunicación. Las evaluaciones muestran casi siempre que una de las “debilidades” principales en los programas es la ausencia de estrategias de comunicación que garanticen la sostenibilidad de la participación de la población en los programas de salud. (p. 71)

El móvil de la promoción de la salud, según Gumucio (2010) se encuentra en la *relación con la población*, lo cual le es posible a través de la comunicación. Entonces la promoción de la salud se fue reestructurando a partir de la evolución de los conceptos de comunicación. Esto podemos apreciar, por ejemplo, a través de Janet García (2004), quien cataloga la comunicación como proceso social, descartando lo puramente mediático, e informacional.

La comunicación para la salud es un proceso social, mecanismo de intervención para generar influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública, por lo cual es un factor determinante para modificar los indicadores para el desarrollo sostenible. (p. 1)

Cabe aclarar, que en esta definición no se niega el valor de los medios de comunicación. Lo que se hace es consolidar el esquema de comunicación que precisamente brindará mayores beneficios a las poblaciones. Como señala Silva (2011)

Los mensajes mediáticos contribuyen a la creación y consolidación de identidades y roles en los grupos y las sociedades en general, en tanto presentan modelos de comportamiento en sus mensajes que son incorporados en algún grado por los públicos a los que se dirigen. En este sentido, no podría discutirse hoy el potencial de los medios en la conformación de una cultura de la salud. (p.20)

Entonces, se trata de ubicar a los medios en su verdadero rol de ser apoyo, porque los protagonistas de comunicación son las personas y su bienestar. Por otro lado, el enfoque de la promoción de la salud le dio al campo de su interés una dimensión multidisciplinaria. De esta característica nace también un lugar para la comunicación, pero dentro de un todo de otras disciplinas, que aportan a lecturas más profundas de la realidad de lo que es el ser humano y su entorno. Desde esa perspectiva, Renaud y Rico (2007), nos dicen que,

Las comunicaciones para la salud no son un fin en sí mismas; [ellas] participan del contexto global en el que la salud se vuelve un asunto de todos. Así, las comunicaciones para la salud son necesarias, pero no suficientes para engendrar los cambios socio sanitarios para los que las agencias de salud utilizan. (p. 3)

Entonces, trabajar por la salud desde el enfoque de la promoción, no solo es tener en mente al individuo si no también su entorno político, social, económico, ambiental, piezas de un todo, que es mejor aprovechada desde diversas disciplinas.

A modo de resumen, desde el enfoque de la promoción de la salud, la comunicación cambia, de una unidireccionalidad a una bidireccionalidad, se ve como proceso, se ve como un sistema de trabajo para generar responsabilidad de los individuos por su propia salud, es decir empoderarlos a fin de que este sea autónomo en sus decisiones frente a su bienestar. Como señala el Ministerio de Salud del Perú (1994), la comunicación que promueve la salud:

Significa en última instancia potenciar comportamientos saludables a través del aprendizaje y práctica de hábitos de autocuidado (alimentación, higiene, ejercicio, sueño, recreación, etc.), habilidades sociales, técnicas cognitivas, de autocontrol, de manejo del estrés, entre otras. Sin embargo, para lograr esto es indispensable investigar qué hace la gente frente a estados de salud y enfermedad, cómo y porqué actúa de la forma en que lo hace. (p. 10)

Además, el Ministerio de Salud (1994), señala que

La comunicación para la salud es el proceso de entender y responder a las necesidades de educación, información y motivación sentidas por una audiencia específica, para apoyar y facilitar la adopción de nuevos productos, servicios y comportamientos en beneficio de la salud del individuo y/o su comunidad. (p. 3)

En paralelo, esta institución de salud, señala también que

Como proceso, la comunicación para la salud implica un sistema de trabajo, una secuencia de actividades organizadas para investigar, planificar, ejecutar y evaluar acciones integradas de comunicación de largo plazo dirigidas a producir cambios de comportamiento específicos y sostenidos en extensas poblaciones. (p. 15)

2.3.2.2 Comunicación y prevención de la enfermedad

La comunicación para la prevención y control de la enfermedad está enfocada hacia la reducción de los riesgos por la cual la salud de las personas puede verse vulnerable ante la enfermedad. Como señala la Journal Health Communication (2013), está demostrado que existe una relación entre la comunicación y efectos positivos en la salud. “Research has shown that properly designed communication activities can have a

positive effect on health-related attitudes, beliefs, and behaviors, and thus can influence individual and community decisions to reduce risks to health.”² (p.1566)

Desde diversas partes del mundo se ha venido implementando este tipo de comunicación que busca generar movilizar conciencias y comportamientos hacia tratar de reducir situaciones que compliquen la enfermedad que se tiene, o hacía, asegurar el cumplimiento de ciertos mecanismos de no contagio de enfermedades. Es el caso de lo que se viene haciendo a nivel de prevención de enfermedades crónicas respiratorias, escritas en el informe *Implementation of the WHO Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases* de la Organización de las Naciones Unidas (2002), donde se refuerza la idea de que la comunicación es un factor importante en el proceso de seguimiento del tratamiento del paciente, que en muchos casos es vulnerable ante las barreras administrativas en salud hasta barreras personales, que ocasionan el abandono del tratamiento.

The majority of patients are seen at the primary health care level presenting with an acute problem needing treatment. The patient faces one of two fates. A diagnosis is made, treatment given, patient returns home without follow-up until the next episode. Or preliminary diagnosis is made, referral to another level of care with greater expertise and diagnostic tools for further examination of the problem, the patient is treated, patient returns home and may receive follow-up but rarely is information about the patient's condition relayed to the patient or back to the primary care level. (...) It is agreed therefore that new models are required which will integrate both the acute care response, as well as the long term response. Research indicates the following elements as being key to improvement in outcome for chronic conditions: communication, continuity, co-ordination, comprehensiveness and community linkages.³ (p.12)

Esto que pareciera un tema aplicable a lo administrativo, en el caso de los prestadores de salud, o comportamental en las personas, tuvo también un impacto también en las políticas de salud. En ese sentido, muchas organizaciones concluyen en lo

² En castellano: “La investigación ha demostrado que las actividades de comunicación correctamente diseñadas pueden tener un efecto positivo en las actitudes, creencias y comportamientos relacionados con la salud, y por lo tanto pueden influir en las decisiones individuales y comunitarias para reducir los riesgos para la salud”. Traducción vía *Google Translate*.

³ En castellano: La mayoría de los pacientes son atendidos en el nivel de atención primaria de salud y presentan un problema agudo que requiere tratamiento. El paciente enfrenta uno de los dos destinos. Se realiza un diagnóstico, se administra el tratamiento, el paciente regresa a casa sin seguimiento hasta el siguiente episodio. O se realiza un diagnóstico preliminar, derivación a otro nivel de atención con mayor experiencia y herramientas de diagnóstico para un examen más detallado del problema, se trata al paciente, el paciente regresa a casa y puede recibir seguimiento, pero rara vez se transmite información sobre la condición del paciente. paciente o de vuelta al nivel de atención primaria. (...) Por lo tanto, se acordó que se requieren nuevos modelos que integren tanto la respuesta de atención aguda como la respuesta a largo plazo. La investigación indica que los siguientes elementos son clave para mejorar el resultado de las enfermedades crónicas: comunicación, continuidad, coordinación, amplitud y vínculos con la comunidad ". Traducción vía *Google Translate*

imperativo de conocer lo estratégico de la comunicación en la lucha de la prevención de enfermedades. El Centro europeo de prevención y control de enfermedades (ECDC) a través de su informe *Health communication and its role in the prevention and control of communicable diseases in Europe (2014)*, insta a las autoridades en el tema de la prevención de la enfermedad a considerar dentro de la eficacia de sus estrategias, a la comunicación, lo cual admite la necesidad de tomar en serio este tema, por ejemplo, desde el presupuesto asignado y la medición de los impactos.

Health communication is integral to the effective public health response to the continuing threat posed by communicable diseases in European Union (EU) and European Economic Area (EEA) Member States. Public health practitioners, programme managers and policymakers need to be aware of what is known about the strengths, weaknesses and costs of health communication interventions aimed at the prevention and control of communicable diseases so that impacts can be enhanced and opportunities maximised for strengthening evidence-informed action. (p.1)

En tal sentido, la ECDC (2014) observa que incluso instituciones de gran posicionamiento mundial, no cuenta con un desarrollo real de la comunicación para la prevención. El estigma de que la comunicación es un bien operativo, no permite ver el potencial sistemático que tiene para poder fortalecer la lucha contra las enfermedades. Entre muchas falencias, la ECDC (2014) observa algunas investigaciones dirigidas a prevenir ciertas enfermedades, cuando es necesario tener investigaciones o evaluaciones sistemáticas; asimismo, observa, desarticulación de organismos y actores frente al tema; por lo que la ECDC recomienda aprovechar el potencial de investigación y de gestión con el que se cuenta, basados en un buen liderazgo y coordinación para que se logre el cometido:

Health communication for the prevention and control of communicable diseases is underdeveloped in EU and EEA countries. The research activity for health communication in communicable diseases in the European context is in a nascent stage of development. The lack of systematic evaluation of health communication for communicable diseases has resulted in a limited evidence base which could give rise to inefficient use of resources. (...) Nevertheless, a body of evidence is emerging in relation to health communication, and some of it pertains to health communication for communicable diseases but much relates to non-communicable diseases. This evidence represents a resource that can be mined to establish its relevance and transferability to health communication for communicable diseases in the European context. The potential for capacity development for health communication in communicable diseases in Europe is manifest. European and international agencies and organizations such as ECDC and the WHO were identified in the stakeholder consultations as having a critical role to play in supporting the future development of health communication in the field of communicable diseases prevention and control. Such organizations could provide the leadership and coordination required to advance the field of health communication for communicable diseases in a coordinated and strategic way. (p. 18)

Parte del cambio que se instaló a partir de estos problemas, la ECDC (2014) identificó los procesos de comunicación para la prevención que se encuentran pendientes de resolver. Esta institución concluyó que la comunicación para la prevención de la

enfermedad (en este caso enfermedades no transmisibles) debe atender temas concretos como, por ejemplo, facilitar el proceso de la construcción de políticas y estrategias de prevención de la enfermedad; asimismo, lograr el posicionamiento de la prevención en la agenda de todos los actores y estratos del proceso, y, además, extender el conocimiento de las enfermedades en las personas.

Health communication activities will bring the most success if they are incorporated into health policies and strategies from the time at which they are being developed; this will require greater structure in planning health communication activities from policy to practice than currently exists. The role of trust and reputation management for communicable diseases health communication is increasingly being recognized as a strategic function requiring long-term planning and evaluation. Health communication for non-communicable diseases may be a more developed field than health communication for communicable diseases. Priority should be given to the exploration of the transferability of knowledge in relation to health communication for non-communicable diseases to communicable diseases. Health literacy must be embedded in all population-level health initiatives at both a national and European level. (p.3)

Asimismo, como señala la Journal of Health Communication (2013) el *Centro europeo de prevención y control de enfermedades (ECDC)* llevo a cabo la implementación de una investigación para analizar las actividades de comunicación en salud, entre ellas específicamente lo relacionado a prevención y control de enfermedades. Entre los principales hallazgos se encontraron lo siguiente:

Cuadro N° 07: Prevención de la enfermedad y comportamiento

Información primaria	Síntesis del conocimiento
1. Cómo se utilizan actualmente las actividades de comunicación de salud para la prevención de enfermedades transmisibles en la región 2. ¿Qué áreas de enfermedad son más comúnmente el foco de las intervenciones, qué tipos de comunicación de salud se utilizan predominantemente? 3. ¿Cuáles son las lagunas y oportunidades para mejorar el conocimiento y la praxis? 4. La recopilación de información primaria también sirvió para identificar las prioridades percibidas de los organismos nacionales de salud pública que participan en actividades de comunicación de la salud.	El ECDC ha publicado una serie de informes técnicos con los resultados de esta investigación, en la serie <i>Insights into Health Communication</i> . Estos resumen la evidencia sobre el uso y la aplicación de enfoques tales como marketing social, defensa de la salud e intervenciones para aumentar la alfabetización en salud, la gestión de la confianza y la reputación, la comunicación de riesgos, la comunicación para el cambio de comportamiento, y así sucesivamente.

Fuente: Journal of Health Communication (2013). Elaboración propia

Estos primeros estándares hicieron que este campo de conocimiento pase por un proceso de reflexión que desafíe la gestión de la comunicación para la prevención de enfermedades.

Entre los desafíos que viene afrontando la comunicación para la prevención de la enfermedad es lograr la eficacia. Al respecto, la Journal of Health Communication (2013) señala que la experiencia europea en temas de prevención de la enfermedad (como es el

caso del sarampión) ha apostado a lograr productos sostenibles en relación al cambio de comportamientos, sensibilización a responsables de formulación de políticas, abogar ante las autoridades, y lograr el apoyo de influencia de parte de la academia para poder lograr la adherencia a las actividades de prevención:

In the context of measles elimination efforts, alongside with strengthening the collection and sharing of data for action, as well as strengthening public health capacities and regional and international collaboration, further efforts are needed in the development of effective communication interventions. These entail, for example, behavior change communication to increase and sustain vaccine uptake at national and EU level; raising awareness among policymakers and other key audiences about the threat to public health from continued measles transmission; and advocacy for increased resources for achieving the elimination goal. To support country activities in these areas, the ECDC has developed a series of initiatives that include, among others, analyzing the barriers to reach underserved populations together with proposed solutions (...); discussing with experts from different fields, including from outside of the health sector, innovative ways to promote vaccine uptake; and providing practical tools for health care providers in order to enhance childhood vaccination uptake, as well as guides (...) and reviews on evidence-based vaccination communication. (p.1567).

Una de las primeras conclusiones es que la comunicación para la prevención de la enfermedad pasa de ser un instrumento operativo, a ser un instrumento de gestión, lo cual es muy importante para hoy, ya que ante un proceso instalado como es la comunicación, se direcciona con mayor alcance las estrategias de trabajo.

Por otro lado, entre las principales estrategias de comunicación para la prevención de la enfermedad encontradas existe lo que puede ser una creciente complejidad estratégica de la comunicación, desde los enfoques hasta los medios o tácticas de comunicación que utilizan (Ver Anexo No. 1: del tipo de enfermedades)

No obstante, las investigaciones y estrategias implementadas desde la comunicación para la prevención de las enfermedades han tenido preponderantemente una perspectiva hacia el usuario externo, es decir hacia las personas que adolecen de una enfermedad, o comunidades que estén en peligro de contagio. No obstante, como señala el European Centre for Disease Prevention and control (2014), “the capacity for health communication for communicable diseases would be significantly improved by enhanced collaborative working and greater coordination at a European level”⁴. Se aprecia entonces que el espectro de acción de la comunicación para la prevención de la enfermedad

⁴ En castellano: la capacidad de comunicación en materia de salud para las enfermedades transmisibles mejoraría significativamente mediante un mayor trabajo colaborativo y una mayor coordinación a nivel europeo. Traducción vía *Google Translate*

involucra también a los que dirigen las estrategias, que no es otra cosa que ver la totalidad del proceso a la hora de implementarlo a fin de que la eficacia sea genuina.

Al respecto, Catalán D., Muñoz M. y Fuentes M. (2010) en su análisis de la comunicación en las acciones de prevención y control de enfermedades apunta en la importancia de la buena relación entre el equipo de trabajo de la atención en salud. Para estos autores, la comunicación en el campo de la prevención debe ser efectiva para ello, toda estrategia de comunicación debe tener dos ejes: la comunicación interpersonal y la comunicación de masas, en las cuales se encuentran un sinnúmero de errores en la aplicación, y donde una de ellas se dan en el campo de las relaciones internas de las personas que en primer lugar deben estar concientizados de que el trabajo de la prevención es importante y de que merece ser llevado hacia las personas que se encuentran en riesgo (Ver cuadro N° 08)

Cuadro N° 08: Comparación comunicación interpersonal y comunicación de masas

Comunicación interpersonal	Comunicación de masas
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica en la consulta • Talleres grupales • <u>Relaciones con el Equipo Básico de atención primaria</u> 	El panel, póster o folleto Prensa escrita Radio Internet Televisión

Fuente: Catalán, Muñoz y Fuentes, 2010, p. 9. Elaboración propia

2.3.3 Enfoque de promoción de políticas en salud

El enfoque de promoción de políticas de salud busca que, a través de la comunicación, las políticas en salud aseguren la participación activa de los actores sociales en el cuidado del bienestar de las personas, sus entornos; así como, fortalecer el tejido social a fin de que sea un escenario sensible a los mensajes de salud. Como señala Heli Perret, en el Seminario “Comunicación y salud” organizado por la Organización Mundial de la Salud, “la comunicación social para la salud siempre existe al servicio de las políticas y los planes del sector salud, coordinada e integrada con otros tipos de acciones de salud, y en apoyo de estas últimas.” (p. 52)

El valor agregado que le da la comunicación a las políticas es el acompañamiento, la facilitación en su elaboración, la convocatoria a los actores, y la creación de sentido y notoriedad, poniéndola en agenda de gobierno, y agenda ciudadana.

La comunicación para la salud no se limita sólo a llegar a los individuos para informarles sobre la salud y cómo comportarse para cuidarla y mejorarla, sino que implica también la sensibilización sobre estos temas a toda la sociedad e incluso a los tomadores de decisión política, porque la única manera de promover la salud de todos es manteniendo estos temas en la agenda pública y comprometiendo a todos en la toma de decisiones y acciones que conlleven a una mejora de la salud para todos. (Valdivia, 2005, p.19)

Como argumenta Valdivia, en el asunto de las políticas de la salud existen actores: entre ellos la sociedad y los que toman decisiones políticas. Es en este escenario donde se dan la mayor cantidad de problemas de comunicación como, por ejemplo, falsas expectativas, pérdida de credibilidad de los decisores, malos entendidos que ponen en incertidumbre los avances de la salud. Por esa razón, como señala la Organización Panamericana de la Salud (1994):

Si la salud es un derecho universal y fundamental, según se afirma en los principios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entonces la comunicación para la salud —o sea, compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud— es una obligación de los ministerios de salud de toda la región.” (p. 1)

El enfoque de promoción de políticas de salud también tiene a su cargo trabajar por la integración del trabajo comunicacional en todos sus procesos, ya sea con énfasis en medios, o con énfasis en la participación, siempre orientado al cambio de hábitos de salud:

¿Qué es una política de comunicación para la salud? En el sentido más amplio es simplemente un diseño general de procedimientos para alcanzar los propósitos que animan a tal intervención. En un nivel algo más concreto (...) la política de comunicación para la salud pública puede entenderse como un conjunto de principios, normas y aspiraciones que dan fundamento teleológico a intervenciones de comunicación al servicio de políticas de salud pública. (Ibídem, p. 59)

En síntesis, para el enfoque de promoción de políticas de salud la comunicación debe formar parte de las políticas de salud, logrando que la participación de los involucrados que contemple cualquier política sea real, constante, creíble; pero, asimismo, desde este enfoque, se ve a la comunicación como política, porque existe reflexión de lo que es sociedad, de lo que es ciudadanía, de lo que es salud, de lo que es gobierno, entre otros factores que componen un campo de conocimiento que va mucho más allá de las herramientas de comunicación, y se constituye en fuentes de comprensión de la realidad desde el punto de vista comunicacional.

2.4 Teorías y modelos de comunicación en salud

La gestión de la comunicación en el campo de la salud se basó durante mucho tiempo en las teorías y modelos de acción, las cuales se focalizaban en el logro de comportamientos saludables. Las teorías y modelos de comunicación en salud nacieron como parte de la necesidad de comprender la composición de las relaciones humanas con la salud en su nivel intrapersonal, interpersonal y grupal, en comprender la construcción de sentidos, creencias, hábitos que dominan la reacción de la gente hacia la salud. A continuación, señalaremos algunas teorías y modelos importantes.

2.4.1. Teorías para el cambio del comportamiento individual.

2.4.1.1 Teoría de etapas o estados del cambio. A través de esta teoría se configuró cómo es el proceso del cambio personal, individual que transita de una conducta problemática para su salud a una saludable (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Para los autores de esta teoría el ser humano al asumir una decisión de cambio personal, pasa por distintas fases, que es dirigido por la motivación. Las dos primeras fases aluden a la toma de conciencia de la problemática que vive el individuo.

Choque (2005) nos dice al respecto:

Esta teoría es fundamentada por Prochaska Di Clemente, y se refiere a que el individuo tiene intenciones de adoptar comportamientos que benefician su salud. Según esta teoría, el cambio de comportamientos es un proceso circular que contiene cinco fases. La primera es la pre-contemplación que es la etapa en donde no hay intenciones de cambiar; la segunda es la contemplación que es el interés por un cambio; la tercera es la intención que tiene que ver con la planificación de acciones para el cambio; la cuarta es la acción que es la ejecución de esas acciones; y la quinta es el mantenimiento que se refiere a la continuidad de tales acciones. (p.3)

Hoy en día esta teoría se ha complejizado teórica y metodológicamente, pero la esencia es la misma, visibilizar el proceso de cambio personal en la mejora de la salud. No obstante, una de las variables independientes más importantes es la *motivación*, que tiene una casuística muy amplia. Podemos señalar entonces, que entre las muchas razones que generen la motivación por mejorar la salud, también puede ser facilitada por la información acerca de la salud comunicada través de un spot publicitario, un taller vivencial, una historieta, o una novela; es decir, la comunicación es un elemento propiciador de la motivación y concientización en el individuo.

Desde la Organización Panamericana de la Salud (2001), se contempla cuatro etapas de esta teoría, las cuales se nombra a continuación en el cuadro N° 09:

Cuadro N° 09: Esquema de teoría de etapas o estados del cambio

ETAPAS	ASPECTO CENTRAL	DESCRIPCIÓN
Pre contemplación	Negar el problema	Sin intención de cambiar el comportamiento problemático
Contemplación	Mostrar ambivalencia (dudar entre cambiar o no)	Interés en cambiar, pero no en desarrollar un compromiso firme con el cambio
Acción	Modificar sus conductas violentas por otras más adaptativas	Cambio en la conducta o en las condiciones ambientales que afectan al problema con el fin de superarlo
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas	Eliminación con éxito de la conducta problemática y esfuerzos para prevenir la recaída y consolidar las ganancias obtenidas

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud (2001)

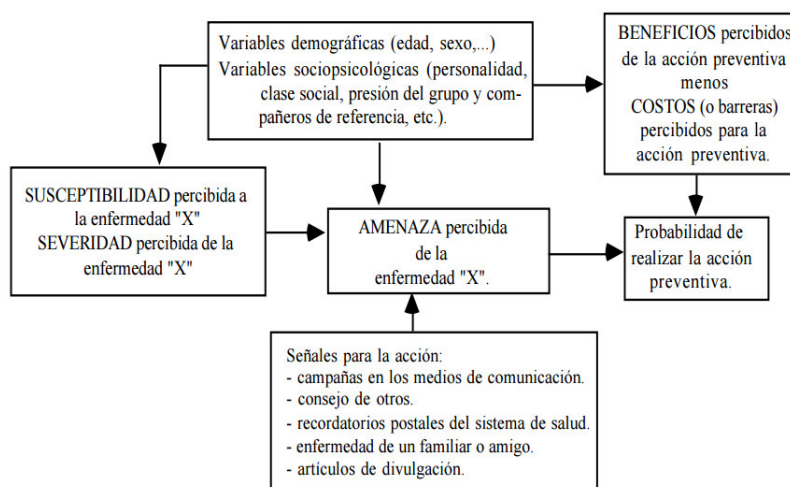
2.4.1.2 Modelo de creencias en salud.

Para los autores de este modelo existe dos momentos importantes a analizar; en primer lugar, comprender el por qué los individuos se niegan o aceptan prevenir una enfermedad, o en todo caso, adherirse al tratamiento médico prescrito y, en segundo lugar, hallar las creencias que giran alrededor de la conducta saludable propuesta con el fin de prevenir la enfermedad o mejorar la salud. En sus inicios este modelo estuvo enfocado en encontrar las razones instaladas en las personas para acudir o no a las revisiones médicas para prevenir anticipadamente las enfermedades.

Este modelo supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone. (Mosquera, 2003, p. 5)

De este modelo se da la posibilidad de conocer el grado de ocurrencia de la decisión de cambio en el individuo, que desde ya alude a un tema eminentemente complejo.

Gráfico N° 01: Mapa de aplicación de las creencias sobre la salud



Adaptación: Becker y Maiman (1975) en Moreno San Pedro, Emilio; Gil Roales-Nieto, Jesús (2003)

Se puede observar en el esquema existen factores como susceptibilidad, severidad, probabilidad de la realización de una acción preventiva, entre otras señales de acción, que circundan alrededor de una decisión. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (2001) señala lo siguiente:

De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud, la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de: La percepción de la severidad de la enfermedad, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición, la creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y avisos para tomar acción. (...) Este modelo sugiere que, si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva. (p. 21)

Como señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS) gran parte del impacto de este modelo es la posesión de la información por parte del individuo, acerca de lo que realmente es la enfermedad o las consecuencias de no asumir un tratamiento médico prescrito. Pero, asimismo, este impacto gira en torno en la construcción del valor o del beneficio de la nueva conducta a asumir por el mismo individuo.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2001) maneja algunos conceptos que clarifican la comprensión del modelo, vistos en el cuadro N° 10:

Cuadro N° 10: Esquema de modelo de creencias en salud

CONCEPTO	DEFINICION	APLICACIÓN
Susceptibilidad percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una infección	Definir población(es) en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona. Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja
Gravedad percibida	Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas	Consecuencias específicas del riesgo de la infección
Beneficios percibidos	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos que se esperan
Barreras percibidas	Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada	Identificar y reducir barreras por medio de tranquilización, incentivos, ayuda
Señales para la acción	Estrategias para activar la disposición	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover toma de conciencia, recordatorios
Auto – eficacia	Comienza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud (2001).

2.4.1.3 Modelo de procesamiento de la información por el consumidor.

Las personas acostumbran tomar decisiones basadas en información a su alcance. En tal sentido, se acercan a fuentes de información como su memoria, experiencias pasadas, amigos o medios de comunicación. El objetivo es el buscar la legitimidad de sus creencias y experiencias en salud. A través de este modelo, se conoce también que las personas buscan información suficiente, de fácil interpretación, y que de no contar con información oficial que pueda encontrarlo en alguna institución o marca reconocida,

buscará información adicional, que en muchos casos podría poner en conflicto sus creencias.

Este modelo aborda los procesos mediante los cuales los consumidores reciben y utilizan información para tomar decisiones. (...) La información es esencial en la toma de decisiones por parte del consumidor, y esto incluye decisiones relativas a los comportamientos que afectan la salud. (...) La motivación y el raciocinio juegan un papel importante en el uso de la información: la motivación empuja la búsqueda de información mientras que la utilización de esa información es un proceso intelectual”. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, pp.23-24).

Al respecto la Organización Panamericana de la salud establece un esquema para comprender el procesamiento de la información por el consumidor, el cual podemos verlo a continuación:

Cuadro N° 11: Esquema de procesamiento de la información por el consumidor

CONCEPTO	DEFINICION	APLICACIÓN
Capacidad de procesamiento de información	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en forma oral o en materiales impresos
Búsqueda de información	Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción	Proporcionar información de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención de a los consumidores y que sea clara
Reglas de decisión/heurística	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar entre diversas opciones	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia
Consumo y aprendizaje	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son “recipientes vacíos”
Entorno de la información	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente	Diseñar información adaptada a la audiencia, colocarla en forma que sea como su uso

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud - OPS – 2001

2.4.2 Teorías de comportamiento interpersonal de salud

2.4.2.1 Teoría del aprendizaje social. Desde esta perspectiva teórica se concluye que las personas aprendemos por imitación e influencia de nuestro entorno social, y a su vez influenciamos al entorno social, reforzando y socializando modelos de vida. Como señala Choque (2005)

Esta teoría supone que las personas pueden ser influenciadas por su entorno social a través de consejos, pensamientos, etc. que una persona le proporciona, pero que a su vez pueden influenciar en tal entorno social. Asimismo, afirma que los factores personales, las influencias del ambiente y el comportamiento se encuentran en permanente interacción. (p. 5-6)

A través de este concepto, se supera los modelos conductistas donde se concibe el acercamiento de un individuo hacia la salud como un eje estímulo – reacción; ahora es el individuo es también capaz de tener un rol activo en la construcción de sentido para otros en relación a los estilos de vida saludables (Mosquera, 2003). Muchos de los nuevos programas de comunicación en salud contemplaban la prioridad de adoptar esta teoría para promover estilos de vida saludables trabajando con el individuo y su entorno. (Organización Panamericana de la Salud, 2001) (Ver Cuadro N° 12).

Cuadro N° 12: Esquema de la teoría de aprendizaje social

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Determinismo recíproco	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; la interacción es bidireccional	Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
Capacidad conductual	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones	Proporcionar información y capacitación sobre la acción
Expectativas	Creencias sobre los probables resultados de la acción	Incorporar información sobre posibles resultados de la acción que se aconseja
Autoeficacia	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma	Señalar los puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños
Aprendizaje por observación	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales	Señalar las experiencias, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.

Refuerzo	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio, estimular la auto recompensa. Disminuir la posibilidad de respuestas negativas que desestiman los cambios positivos
-----------------	--	---

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud - OPS – 2001

2.4.2.2 Teoría de la acción razonada.

Esta es una de las teorías del cambio del comportamiento individual que se acercan a comprender al ser humano en su decisión por mejorar su salud. Ciertamente esta teoría halla su enfoque en dos pilares claves: primero, las creencias de lo que uno debe hacer con su salud, y segundo, las percepciones de lo que uno cree que los otros deben hacer en relación a su salud. La brecha entre ambas determina o bien la certidumbre de un estudio más acertado.

Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. (...) Los autores encontraron que la actitud hacia una conducta de enriquecimiento de la salud es un mejor pronosticador de la adopción de la conducta que lo es la actitud hacia la enfermedad o la condición de salud. La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta y que su intención a la vez depende de: La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud. La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. (Organización Panamericana de la Salud, 2001: 27-28)

Asimismo, a través de esta teoría se pone en blanco y negro, lo que significa la actitud y la conducta. Para la Teoría de la acción razonada (ver Cuadro N° 13) es también importante conocer la actitud de la persona; es decir, conocer la intención de la conducta, la elaboración razonada de la conducta, lo cual hace más probable entender cuán cercano está en lo que hace el individuo de lo que haría más adelante. Mosquera (2003) señala que esta teoría:

Sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta. La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: la actitud personal hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) y/o las normas subjetivas del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar. (p.6).

Para la comunicación en salud, es tan importante conocer la intencionalidad de la gente a fin de elaborar mensajes que apelen a la voluntad, a esos modelos de conducta alcanzable y posible para la gente, como lo entiende la Organización Panamericana de la Salud:

Cuadro N° 13: Esquema de la teoría de la acción razonada

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Intención de comportamiento	Percepciones que tienen las personas de si se comportaran o no de cierto modo; la idea que se forman de las probabilidades de comportarse de cierta manera	Desarrollar intervenciones que tengan más probabilidad de instar al individuo a adoptar conductas sanas. Las intenciones se miden por una escala de 7 puntos que varía desde <i>muy improbable</i> hasta <i>muy probable</i> de que se adopten conductas sanas
Actitud hacia el comportamiento	Percepción de los individuos de que es una buena o mala idea comportarse de dicha manera. Esta actitud se basa en la percepción que tienen las personas de las consecuencias. Cuanto más perciba una persona que un comportamiento tendrá consecuencias positivas e impedirá consecuencias negativas, más positiva será su actitud. La valoración del individuo hacia el comportamiento.	Enfatizar los beneficios de las conductas saludables desde el punto de vista de la audiencia no desde la perspectiva de los trabajadores en salud. La actitud hacia el comportamiento está correlacionada con las intenciones y es un predictor importante de conductas como son el uso de preservativos, dejar de fumar, someterse a una mamografía y otras conductas.
Norma subjetiva	El individuo percibe que las personas importantes en su vida realmente desean que ellos adopten o no el nuevo comportamiento (padres, amigos, parientes, figuras religiosas y trabajadores en salud) La motivación del individuo en hacer lo que quieren las personas importantes en su vida	Es importante desarrollar programas de comunicación en salud para estas personas

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud - OPS – 2001.

2.4.3 Modelos de nivel comunitario

2.4.3.1 Teoría de la organización comunitaria.

Para la salud es importante la participación de la comunidad. Una participación que fortalezca el tejido social sobre la base de metas comunes de salud, desarrollando identificación, responsabilidad y sobre todo la autonomía en la gestión de los problemas de salud que puedan aquejarla. Las pocas referencias (entre ellas las de trabajo social, atención primaria en salud) que se pueden encontrar de esta teoría, conciben la organización comunitaria para la salud como

...proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implantar estrategias para lograr sus metas. (...) Las comunidades que comparten problemas de salud comunes se han aliado para mejor abordar sus necesidades, como son los servicios de salud, políticas antidiscriminatorias y más fondos para las investigaciones. Entre los más destacados actualmente están los activistas contra el SIDA. Los defensores de la salud de la mujer también han empleado la acción social para ejercer presión ante

instituciones poderosas para que aborden sus problemas de salud. Han abogado por su causa empleando los medios de comunicación como herramienta eficaz en sus actividades. Abogar por una causa a través de los medios de comunicación es una estrategia para fomentar las políticas sociales o públicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2011: pp. 30- 31)

De igual manera, esta teoría propone tres modelos de trabajo de organización comunitaria y son las siguientes:

El desarrollo de la localidad (también denominada desarrollo comunitario) emplea una amplia muestra representativa de personas de la comunidad para identificar y resolver sus propios problemas. Recalca la formación de consenso, el fortalecimiento de la capacidad y una firme orientación hacia una tarea concreta; los profesionales externos ayudan a coordinar y propiciar que la comunidad aborde con todo éxito sus inquietudes. (...) La planificación social emplea metas para las tareas y aborda la solución de problemas sustanciales, con el apoyo de profesionales expertos que proporcionan asistencia técnica, para beneficiar a los consumidores de la comunidad. La acción social tiene el propósito de aumentar la capacidad de la comunidad de resolver problemas y lograr cambios concretos para corregir la injusticia social que es identificada por un grupo desfavorecido u oprimido. (Gutiérrez Ruiz, 2000, p. 27)

La comunicación en salud fortalece la organización comunitaria para la salud (ver Cuadro N° 14); le permite ser reconocido, ser viable, y sobre todo ser sostenible, es decir, que la comunidad muy a parte de los cambios políticos internos, pueda seguir cultivando el compromiso, la buena planificación en relación a las acciones de salud que quiere para sus pobladores.

Cuadro N° 14: Esquema de la organización comunitaria

CONCEPTO	DEFINICION	APLICACIÓN
Habilitación	Proceso de ganar dominio y poder sobre uno mismo, la propia comunidad para producir el cambio.	Dar a los individuos y a las comunidades las herramientas y la responsabilidad para tomar decisiones que les conciernen
Competencia comunitaria	Capacidad de para inmiscuirse en la solución efectiva del problema	Trabajar con la comunidad para identificar problemas, crear consenso y alcanzar metas
Participación y pertinencia	Las personas que aprenden deben participar activamente y el trabajo debe “iniciarse donde están las personas”	Ayudar a la comunidad a fijar metas en el marco de las metas preexistentes y estimular la participación activa
Selección de temas	Identificar como centro de la acción inquietudes específicas, sencillas y en las que se pueda ganar	Ayudar a la comunidad a examinar cómo pueden comunicar sus inquietudes y si es probable que se logre éxito
Conciencia crítica	Desarrollar comprensión de las causas fundamentales de los problemas	Guiar la consideración de inquietudes de salud en la perspectiva general de los problema sociales

Fuente y elaboración: Organización Panamericana de la Salud - OPS – 2001

2.4.4 Teoría de difusión de innovaciones

Generar innovaciones en salud como nuevos métodos de tratamiento, programas de prevención para enfermedades entre otros, constituyen un gran desafío para muchas instituciones, pero es mucho más desafiante, cuando se trata de obtener la atención de la gente, que encuentren el valor de la oferta, y que les permita adoptar comportamientos favorables para su salud. Esta teoría considera que es posible generar influencia en las personas desde una comunicación por escalas, es decir, masiva, intergrupala y personal. Como señala Mosquera (2003) esta teoría:

...se enfoca sobre la influencia interpersonal en las decisiones individuales y la comprensión de las redes de comunicación. En esta teoría se identifica la importancia estratégica del papel de los líderes de opinión en el proceso de difusión y adopción de nuevas conductas. (p. 6)

Cada nivel de comunicación tiene su propia complejidad, que la hace importante, y a la vez son complementarias en generar un alcance mayor de la difusión. Una de las comunicaciones masivas, por ejemplo, que se menciona es a través de los líderes de opinión que dominan la notoriedad de la agenda pública y la difusión de los temas a tratar.

Pero si por más que se tenga el más sofisticado proceso de comunicación, y no se ha tenido en consideración las características de la oferta o del valor, esto no tiene impacto; la comunicación no puede hacer de una innovación mala, que sea buena, y si lo difunde como tal tarde o temprano se verán los errores. En tal sentido como señala la Organización Panamericana de la Salud (2001):

Concentrarse en las características de las innovaciones puede mejorar sus posibilidades de adopción y, por lo tanto, de difusión. Algunas de las características más importantes de las innovaciones son su ventaja relativa (¿es mejor que lo que existía antes?); compatibilidad (¿se ajusta a la audiencia seleccionada?); complejidad (¿es fácil de usar?); posibilidad de probarse (¿puede ponerse a prueba primero?); y posibilidad de ser observada (visibilidad de los resultados) (p. 32)

A partir de esta teoría se busca generar plasmar el proceso por las innovaciones en salud pueden tener éxito o no en su cometido, teniendo en cuenta que deberán convencer al cliente (paciente) no solo la adopción de la materia de la innovación, sino también que el paciente vea más de cerca la posibilidad de los cambios en salud que se ofrecen.

La teoría de difusión de innovaciones aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. En el área de salud pública, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y de los programas y planes de estudio exitosos. (...) La aplicación de la teoría a programas de comunicación en salud significa que una estrategia de comunicación podría consistir en el uso de los medios de comunicación masiva para introducir el mensaje, proporcionar

conocimientos, influir sobre las actitudes y reforzar una conducta, y utilizar intervenciones comunitarias o interpersonales para enseñar e incentivar la adopción de la conducta. Sin embargo, el empleo de los medios de comunicación masiva no es frecuentemente una opción en la Región debido a la falta de espacios en los mismos para servicios públicos o a la carencia de redes extensas de radio y televisión públicas disponibles para la transmisión de mensajes sobre salud y desarrollo. (ibídem, p. 32)

Entre las limitaciones de esta teoría es que parte desde el *medio de comunicación* antes que desde los *espacios o los públicos de comunicación (pacientes)*, lo cual genera controversias sobre qué tipo de canal utilizar y en muchos casos si los públicos (pacientes) cuentan con estos canales o servicios básicos en su poder, como es el caso de las zonas alto andinas donde aún no hay medios masivos como la televisión y la radio, o en todo caso, tienen, pero no hay electricidad, como podemos ver en el siguiente cuadro N° 15:

Cuadro N° 15: Esquema de la teoría de la difusión de innovaciones

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Ventaja relativa	El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza	Señalar los beneficios singulares: valor monetario, conveniencia, ahorro de tiempo, prestigio, etc.
Compatibilidad	Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar
Complejidad	Cuán difícil parece entender o utilizar la innovación	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y resulte fácil de usar y de entender
Posibilidad de poner a prueba	Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantía de devolución de del dinero.
Posibilidad de observar	Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad

Fuente: Organización Panamericana de la Salud - OPS – 2001

2.4.5 Modelo de comunicación para el cambio social

La comunicación para el cambio social (CCS) tiene su fundamento en el diálogo como proceso integrador y fortalecedor del tejido social comunitario. Como señala Carlos Del Valle Rojas (2007) “la comunicación para el cambio social supone una práctica de movilización social”, ya que

...se sustenta en el diálogo, público y privado, que permite a las personas decidir lo que son, lo que desean y cómo pueden obtenerlo. El cambio social es un cambio en la vida de un grupo social, según los criterios y parámetros establecidos por el propio grupo. Los principios rectores son: tolerancia, equidad, diferencia, autodeterminación, justicia social y participación activa de todos. Las personas no son objeto de cambio, sino agentes de su cambio. No se distribuyen mensajes para cambiar a las personas, sino que se promueve el diálogo y debate. (p. 114).

La CCS recupera el valor del diálogo y le da la relevancia conceptual y metodológica en los procesos de cambio comunitarios. Obviamente esto es contrario a lo que los enfoques difusionistas promovieron a través de los medios de comunicación masivos, en su afán de persuadir y alinear a las poblaciones al desarrollo a partir de argumentos estructurados; con la CCS, ahora es el diálogo es el generador de argumentos para el cambio en la salud. En relación a esto, Alfonso Gumucio (2004), señala que la comunicación para el cambio social,

...recupera el diálogo y la participación como ejes centrales; ambos elementos existían entrelazados con otros modelos y paradigmas y estaban presentes en la teoría como en un gran número de experiencias concretas, pero no tenían carta de ciudadanía entre los modelos dominantes de modo que no alimentaron suficientemente la reflexión. (p.6)

Entre los principales conceptos de comunicación para el cambio social tenemos a Carlos Del Valle Rojas (2007), quien señala lo siguiente de la CCS:

El enfoque no se centra en el comportamiento individual, sino en los contextos sociales, políticos y culturales. El rol protagónico no lo tienen entidades exógenas, sino los propios grupos. Por lo tanto, se trata de: (a) empoderar las comunidades, (b) horizontalizar las interacciones, y (c) conceder la palabra a quienes habitualmente quedan al margen de su uso. La “comunicación para el cambio social”, que parece ser la más reciente de las denominaciones, se sustenta en cinco características: (1) participación comunitaria y apropiación, (2) lengua y pertenencia cultural, (3) generación y contenidos locales, (4) uso de tecnología apropiada, y (5) convergencia y redes. (p. 114)

La comunicación para el cambio social busca poner los reflectores en el desarrollo autónomo de los pueblos, asimismo confronta a los modelos verticales de comunicación que promueven jerarquías de poder que no hacen más que ahuyentar a los participantes de un proceso de cambio.

Para los comunicadores o los profesionales que facilitan estos procesos, el imperativo ético que deberá normar los conocimientos y habilidades técnicas es tratar a

la población o comunidad como un ente de derechos y deberes, con capacidades y saberes propios.

La CCS es una manera de pensar y una forma de actuar. Su fuerza reside en la capacidad de los comunicadores –diálogo y debate, conocimiento de la cultura, acceso a los medios, comprensión y construcción de relaciones- y en el fortalecimiento de la capacidad local para el trabajo comunicacional, antes que depender de recursos externos para implementar las actividades cotidianas de comunicación. (...) La CCS hace énfasis en la manera como las herramientas y los procesos comunicacionales dinámicos y sostenibles pueden enraizarse en las comunidades con las que se trabaja. Al acabarse la ayuda financiera y las influencias externas, la capacidad que queda en la comunidad de usar la comunicación para el mejoramiento de la calidad de vida, es esencial. (Consortio de comunicación para el cambio social, 2003, p. 2)

2.5 Estrategias de comunicación en salud

La comunicación en el campo de la salud no solo está estructurada de propósitos u objetivos que ponen el alcance y la calidad del trabajo; sino también de estrategias, que tienen que ver mucho en las decisiones de gestión, en la implementación de los propósitos y objetivos en relación con el uso de los recursos asignados para el logro de los estilos de vida saludables. Entonces se puede entender por estrategia de comunicación en salud como

“... un conjunto de previsiones teleológicas y procedimentales, para la emisión de mensajes a la población que apunten los fines de estrategia de salud pública. (...) la estrategia de comunicación para la salud puede cubrir un territorio amplio o pequeño, implicar diversos comportamientos, aplicarse por un tiempo relativamente largo, comprometer a mucha gente a requerir considerables recursos.” (Beltrán, 2010, p. 57)

Por consiguiente, se puede inferir que la estrategia de comunicación está íntimamente vinculada con la estrategia de salud y lo que ocurra alrededor de ella. Es decir, la comunicación en salud no debe desconocer lo que pasa desde el micro y macro entorno sociocultural en la que se desarrolla la estrategia de salud, al contrario, debe reconocerla, apuntar a los puntos fuertes, es decir ventajas o valor agregado, y generar la notoriedad de la misma.

El foco central de los programas de comunicación de salud es desarrollar estrategias basadas en la comunidad, para facilitar cambios normativos sostenibles en la conducta de la comunidad a lo largo del tiempo. Los programas efectivos basados en la comunidad están diseñados utilizando conocimientos locales. Con base en estos conocimientos se pueden formular estrategias de cambios conductuales, aplicables a distintos hogares y comunidades. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, p. 35)

La base estratégica de la comunicación en salud está en que los cambios de los estilos de vida nazcan desde la gente y para la gente; para el cual, la comunicación horizontaliza la relación estrategia de salud - beneficiarios, facilitando los consensos y

resolviendo los disensos en la búsqueda de la mejora de la calidad de salud y su sostenibilidad.

Las estrategias de comunicación para la salud son definidas a partir del análisis de los públicos y del problema de salud y son seleccionadas de acuerdo al enfoque y modelo comunicacional y fortalezas y oportunidades que oferta el medio de comunicación necesario para alcanzar el objetivo de salud. (Ministerio de la Salud, 2004, p. 53)

La conclusión es que no hay estrategia de comunicación en salud si no hay conocimiento de los públicos, y con un claro propósito de desarrollo. Generalmente, las estrategias de la comunicación en salud se dividen en tradicionales y no tradicionales, visiblemente diferentes por la utilización de los medios o canales de comunicación. Como señala el Ministerio de Salud del Perú (2004):

[s]e establece y maneja una serie de estrategias masivas tradicionales (difusión por radio y televisión), tanto a nivel nacional como local, siendo prioridad la difusión por radio como una de las principales estrategias empleadas debido a la relación cobertura, alcance, exposición de la población y bajo costo. Así también, se utiliza estrategias de comunicación no tradicionales, tales como colocación de mensajes en recibos de servicios básicos, banners en las páginas web de instituciones públicas y privadas, información en boletines institucionales, entre otros. (p. 53)

A través del Ministerio de Salud podemos ver la estrategia de comunicación en un plano más operativo, sin embargo, la estrategia va mucho más allá. A continuación, señalaremos cinco estrategias de comunicación en salud, que llevan consigo historia, reflexión teórica, y metodología que las hacen representativas.

2.5.1 Advocacy o Abogacía en salud. Es una de las estrategias con mayor uso en los procesos de promoción de la salud. En varios países como el Perú, se ha generado toda una metodología que tenga como fin desarrollar esta estrategia de manera efectiva. Pero ¿qué es la abogacía en salud?

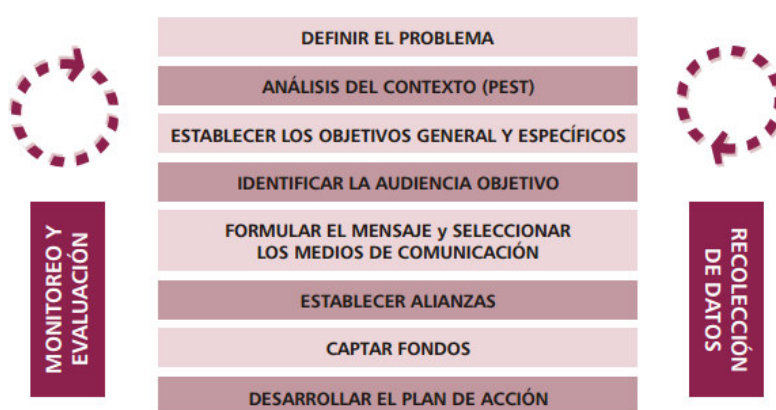
El Advocacy o Abogacía es una estrategia incorporada en el modelo de abordaje de Promoción de la Salud, que combina acciones individuales y sociales destinadas, por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias y, por otro lado, busca conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa (que en este caso es la Promoción de la Salud). (...) El Advocacy o Abogacía es hacer política sobre una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones. Dicha estrategia, referida al conjunto de acciones que deben desarrollarse para promover la salud de la población, requiere del desarrollo de competencias y habilidades en el personal de salud para facilitar los procesos participativos para el cambio en las políticas públicas. (Ministerio de Salud, 2005, p. 9).

Entonces la abogacía tiene que ver con lograr la visibilidad, concientización y compromiso y apoyo de diversos actores sociales que conducen la autoridad y la opinión pública respecto a un tema de salud. Por su parte Mosquera (2003) señala lo siguiente:

La abogacía por los medios ejerce un papel importante en posicionar temas de salud en la agenda pública. Esta estrategia consiste en una combinación de acciones destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de otros sectores sociales para un determinado objetivo o programa de salud. (p. 8)

Las políticas, planes y programas de salud son mecanismos técnicos que necesitan legitimidad social en todo su alcance, en la medida que la sociedad lo acepte o lo incorpore, se verán evidentes sus objetivos propuestos. El proceso de desarrollo de la estrategia de abogacía está compuesto por los siguientes pasos:

Gráfico N° 02: Proceso de desarrollo de la estrategia de advocacy



Fuente y elaboración: Ministerio de Salud (2005).

2.5.2 Información, educación y comunicación (IEC). En el plano de promoción de estilos de vida saludables que atañe a los públicos beneficiados la estrategia se basa en un enfoque de tres aspectos: información, educación y comunicación. El IEC es producto de la convergencia de la educación y la comunicación en el campo de la salud, dos campos del conocimiento que por mucho tiempo estuvieron separados en la gestión de la salud. Como apunta Mosquera (2003):

Otra estrategia utilizada en proyectos de intervención en comunicación en salud es la de I.E.C (Información, educación y comunicación). El IEC se dirige a orientar acciones de comunicación encaminadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Pretende fortalecer la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre su propio desarrollo. De este modo, el IEC se orienta a mejorar procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población con relación a deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación y control social. (pp. 9-10)

La estrategia de IEC se aplicó con mayor énfasis en la atención primaria en salud, dado que se trató de fortalecer la asistencia sanitaria esencial a las personas y comunidades a partir de medios aceptables para ellos, a fin de que promuevan su

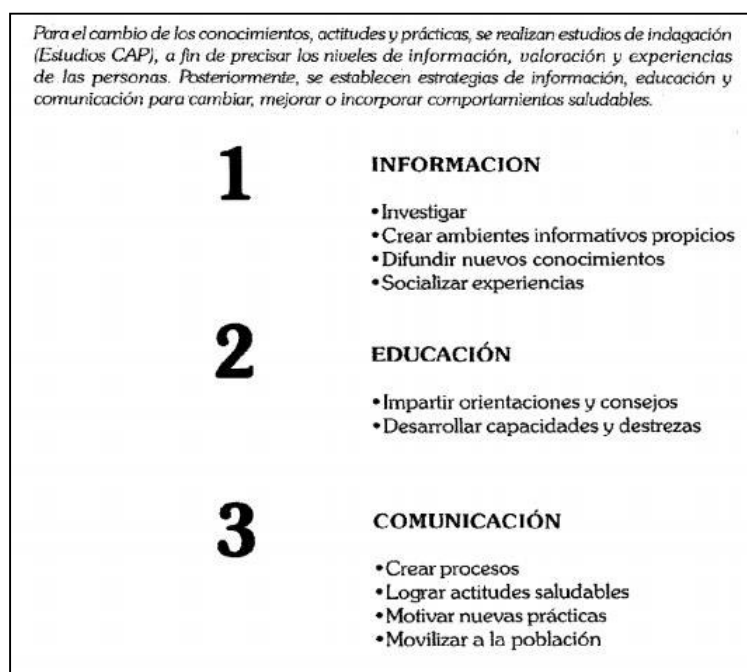
participación en la mejora de su salud. Muchos países hasta el día de hoy utilizan esta estrategia para implementar proyectos de prevención de enfermedades como el cólera, tuberculosis, VIH – SIDA, dengue, etc.

Según Ramiro Beltrán (2011) esta estrategia por su composición es proclive a gestionarse de manera diferenciada por metodologías posicionadas durante años. Tengamos en cuenta que la educación en salud fue la estrategia predominante durante la primera mitad del siglo XX; y el valor de la comunicación siempre estuvo en espera hasta la década del '80. Entonces la integración supone erradicar varias lógicas epistemológicas para dar con un nuevo conocimiento integrador, cuyo fin es la prevención y promoción de la salud.

Se habla de información, educación y comunicación para la salud, condensándolas a menudo en la sigla IEC. Pero no están disponibles enunciados precisos y de universal validez para cada uno de estos términos y así se tiende a usarlos indistintamente. O se dan acepciones diferentes para los mismos fenómenos. Surge entonces la confusión perjudicial. Una manera de aliviar esa indeseable situación es pensar en la información, la educación y la comunicación como funciones especializadas dentro de la comunicación para la salud como un todo. Así tomadas ellas, en vez de intentar su diferenciación formulando una definición de diccionario para cada una, se puede llegar a distinguirlas bajo criterios prácticos y operativos. (pp. 34-35)

Operativamente la estrategia del IEC supone acciones clave que hacen de esta metodología una de las más difundidas en la generación de procesos de promoción de salud.

Gráfico N° 03: Proceso de desarrollo de la estrategia del IEC



Fuente y elaboración: MINSA, 2000; 27

2.5.3 Mercadeo social en salud. Antes de definir el valor de esta estrategia en el campo de la salud, cabe resaltar que el mercadeo social dista del mercadeo comercial porque los valores finales no son utilidades ni rentabilidad, al contrario, son bienes sociales. Como señala Forero (2009):

Para evitar confusiones entre lo que es y no es marketing social y con la perspectiva de ilustrar, es mejor empezar por precisar a que no se considera marketing social. En ese sentido, se debe aclarar que no es marketing social: la comercialización de proyectos de la índole que sean, la venta comercial de productos o servicios, las actividades que permitan producir utilidades, la satisfacción de necesidades de los clientes que impliquen una ganancia económica, la satisfacción de necesidades y deseos en el corto plazo y hacer llegar un producto al fabricante al consumidor en el que de por medio exista un interés o una ganancia monetaria. Como puede apreciarse, actividades que conduzcan a obtener utilidades o ganancias económicas o cortoplacistas no pueden considerarse marketing social. (p. 5)

Entonces, qué es marketing social en salud y cómo apoya al campo de la promoción de la misma dentro de la sociedad.

El mercadeo o marketing social es una estrategia que permite el cambio de ideas, creencias, hábitos, mitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas sociales para mejorar y desarrollar integralmente la salud de los individuos y las comunidades intervenidas por los planeadores de la salud, mediante la investigación de necesidades, la planeación, ejecución y control de programas de comunicación y educación social en salud; basado en las mismas técnicas analíticas del mercadeo comercial que permiten el análisis y conocimiento ordenado y sistematizado de: el producto social a promover (la salud), la comunidad (audiencia o grupo objetivo a intervenir) y las diferentes variables que median entre éstos dos (factores individuales, colectivos, ambientales y culturales), para diseñar mensajes, seleccionar los medios de difusión, difundir los mensajes, y controlar y evaluar el impacto de los mismos, que reforzarán los hábitos y los comportamientos saludables. (ibídem, pp. 6-7)

Por su parte, Mosquera (2003) apunta en el mecanismo de la elección de las personas en relación al éxito del posicionamiento de un programa o producto en salud:

El mercadeo social se basa en la idea que toda acción humana está basada en un intercambio. Cada vez que un cliente escoge, se genera un costo -representativo en dinero o en cualquier otra cosa-, y un beneficio percibido. Por lo tanto, la investigación es de mayor importancia para saber cómo las personas hacen estas elecciones. Es por esto que los investigadores tienen en cuenta los valores, las necesidades, el conocimiento y las expectativas de la comunidad cuando se busca influir decisiones concernientes a la salud. Asimismo, el mercadeo social se enfoca principalmente en la influencia de la conducta del individuo, mediante el énfasis de cuatro aspectos: el producto, el precio, el lugar y la promoción. (p. 8)

El mercado social en salud tiene tres ejes importantes de trabajo: Segmentación de la audiencia, intervención y mezcla de mercadotecnia, y generar, modificar, cambiar y adoptar comportamientos. El enfoque de los tres ejes es lograr un beneficio para la salud.

Gráfico N° 04: Triángulo de la mercadotecnia social en salud



Fuente y elaboración: Secretaría de Salud México, 2010, p. 22

2.5.4 Educar entreteniando. En 1997, la UNESCO definió la educación en el ámbito de la salud como:

...un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación. (...). El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía. (pp. 3 – 4)

Se aprecia a través de esta definición un enfoque que busca aprendizajes que buscan hacer del ser humano un sujeto capaz de tener decisiones propias en relación a su salud. Esta definición responde a un contexto, donde se hacía presente una educación tradicional, donde se apelaba a la transmisión de información para conseguir aprendizajes. En ese contexto, en Cuba, Rosario García, Rolando Suárez y Óscar Mateo-de-Acosta (1997), remarcaban la importancia de que la educación no es tan solo un producto, como podría comprenderse cuando las instituciones sanitarias aplican una estrategia educativa, sino es un proceso que es de responsabilidad de los proveedores, instituciones sociales encargados de la misma y la misma población a la quienes va dirigida la intervención. Esto es lo que podría llamarse una educación que empodera (González J., 2002)

Sin embargo, la educación no tiene sentido sin la comunicación. Se hacía necesaria reconocer una plataforma comunicativa eficiente sobre el cual se sostenga los avances en materia educativa de salud, a fin de que los aprendizajes nazcan de una acción en común entre los usuarios y los proveedores o encargados de promocionar de la salud.

En ese sentido, se reconoce una vertiente muy importante de esta área de la comunicación en salud, denominada *eduentretenimiento*. Uno de sus exponentes con mayor bibliografía encontrada, es Thomas Tufte (2004) quien citando a Marine Bouman, lo define: "...como el proceso de diseñar e implementar una forma mediada de comunicación con el potencial de entretener y educar a las personas, con el objetivo de mejorar y facilitar las diferentes etapas del cambio pro-social (de comportamiento)." (p. 26)

Según Tufte, el eduentretenimiento es un potencial campo de acción para lograr un propósito educativo. Sin embargo, presenta limitaciones porque el fuerte vínculo que tiene con el uso de los medios de comunicación, llámese radio y televisión, no le permite mirar hacia otras maneras de aplicar esta metodología, como los teatros populares como las narraciones audiovisuales (monte, 2006).

Se reconoce que la educación para la salud tiene un componente comunicativo. Una de las plataformas que han sostenido los contenidos y aprendizajes colectivos, ha sido el eduentretenimiento, basado en el uso de medios de comunicaciones tradicionales y no tradicionales con el fin de entretener y educar a través de la difusión de narraciones ficcionales. Para los nuevos estudios en eduentretenimiento el componente cultural tiene mucho valor porque es una puerta de entrada a las representaciones a los que están dirigidas las estrategias.

Actualmente se vienen buscando nuevos canales comunicacionales por donde sostener los procesos de aprendizaje que tengan el fin de entretener y educar.

2.5.5 Periodismo en salud. Esta área emergente de la comunicación en salud según Montes de Oca A. y Urbina M. Santos (2015) se constituye como,

un ejercicio multidisciplinario (...), pues a cada momento convoca por su propia naturaleza saberes venidos de las ciencias de la salud, pero que en la vida de las personas y de los grupos sociales, guardan estrecha relación con factores económicos, educativos, psicológicos, religiosos, culturales, de medio ambiente, políticos y con una gran cantidad de procesos que difunden y traslucen los medios de comunicación. (p.146)

Para la Organización Panamericana de la Salud, la formación de Periodismo de Salud ha estado muy involucrada en su agenda. A partir de alianzas estratégicas con universidades de Latinoamérica ha venido desarrollando programas de formación y especialización en salud, a la par de una sólida crítica a lo que a través de los medios se han estado haciendo con sus audiencias.

Waisbord S. y Coe G. (2002) mientras tanto, señalan que existen oportunidades para el periodismo en salud, considerando varios factores: cambios en la prensa, las posibilidades de las nuevas tecnológicas de la información, la especialización del periodismo, etc. Asimismo, distinguen lo que es un periodismo que se limita a “lo que deben saber” los lectores, y otro que se basa a una plataforma dialógica con sus audiencias, que parte de lo que ellos desean conocer.

Un año después el mismo investigador Waisbord escribe “Nuevas tendencias y escenarios futuros en el periodismo: oportunidades para el periodismo en salud” (2003) donde esboza los siguientes campos de trabajo que serán oportunidades para los que ejercen el periodismo en salud.

1. Periodismo “en línea” y prensa. De la mano con las nuevas tecnologías de la información.
2. Nuevas tecnologías y reportería. Para lo cual es un requisito infaltable manejar tecnologías multimedia (escritura, video, audio y edición).
3. Con cierto debate, el periodismo cívico, ejercicio de prensa por personas originarias de sus respectivas localidades.

Por su parte Forero J.A. (2009), el periodista es el profesional excepcional para

informar y educar acerca del comportamiento humano y los procesos que se desencadenan en los circuitos promoción/prevenición/salud y salud/riesgo/ enfermedad, y la relación que estos aspectos tienen con la cultura, la política, la economía, la ideología, el medio ambiente y la demografía. (p. 10)

En esta misma línea crítica, se encuentra Blanco E. y Paniagua F. (2007), quien pone de manifiesto que el periodismo en salud tiene que recuperar tres ámbitos temáticos muy importantes en la difusión de las noticias, que los medios de comunicación se han encargado de traspapelarlo. Estos son los siguientes:

1. Política sanitaria
2. Divulgación científico-médica
3. Sucesos de índole sanitaria

Finalmente, como oficio, el periodismo es el más antiguo, pero en sus múltiples especializaciones es nuevo, como en el campo de la salud. De esta manera, se exige a los nuevos futuros periodistas en salud, tener competencias éticas y académicas, con un gran sentido que les permita sintonizar con las exigencias de información de sus audiencias.

2.5.6 Comunicación participativa. El objeto de estudio y de acción de la comunicación participativa es el *proceso de cambio comunitario*. La comunicación participativa es la antítesis de estrategias de comunicación que buscan efectos rápidos y unidireccionales en los comportamientos de las personas; también, es una crítica a modelos de participación pasiva de los actores beneficiarios de salud: “...la comunicación participativa exige un cuestionamiento a las bases del actual modelo de democracia, promoviendo una democracia participativa y, por lo tanto, cambios estructurales.” (Del Valle, 2007, p.114)

Una de las cuestiones epistemológicas de la comunicación participativa es el concepto de participación. Ya sea para el campo de la salud u otro campo, este concepto es polisémico según se entienda y aplique en la realidad, por lo cual debe ser adscrita a un determinado contexto para definir su real aporte estratégico. En relación a esto, Del Valle (2007) señala lo siguiente:

La “comunicación participativa”, se sustenta en una discusión estructural: el modelo de democracia existente y, además, en la diversidad de las experiencias. En este sentido, supone una reflexión del concepto de participación en el contexto del desarrollo (este último representa un modelo aspiraciones), que involucra: (a) la problemática del poder, pues al proponer una democracia participativa reubica el poder y la toma de decisiones, y (b) un problema de identificación, pues para el ejercicio de la participación de las comunidades, se requiere recuperar las capacidades auto organizativas y las dinámicas culturales. (p. 123)

Entre los principales aportes de la comunicación participativa en salud, tenemos a generación de plataforma política democrática a partir de la participación y gestión activa de los medios de comunicación por parte de la comunidad. Desde ese punto de vista, la

participación ya no es más una mera fidelización de personas, sino una autoconciencia de cambio.

Como modelo, la “comunicación participativa” supone pasar:

(a) de la lógica vertical a la horizontal, (b) de los productos a los procesos, (c) de las propuestas a corto plazo a las propuestas a largo plazo, (d) de las dinámicas individuales a las colectivas, (e) de las condiciones de las entidades que financian a las necesidades de las comunidades, (f) del acceso a la apropiación, y (g) de la instrucción difusional a la educación comunicacional. (Del Valle, 2007; 123)

Uno de los ejes que remarca Del Valle (2007), como se observa, es la apropiación de los medios de parte de la comunidad, es decir que sean los actores principales los que democráticamente propongan y gestionen sus propios medios de comunicación frente a lo que puedan hacer los grandes medios de comunicación. Al respecto Alfonso Gumucio (2004) en un fino trabajo de evidenciar experiencias de comunicación participativa en distintos rubros de desarrollo social, señala lo siguiente:

las experiencias de comunicación participativa continúan sin embargo creciendo como respuesta a una situación en las que las voces de la multiculturalidad son negadas o escondidas por los medios masivos. Estas experiencias de comunicación popular y participativa, en el área rural y urbana, irrumpen en la esfera pública reclamando una nueva ciudadanía. (p. 4)

La connotación de los medios de comunicación en manos de la comunidad, va mucho más allá de que todos tengan cobertura de información a través de los medios; en salud, se trata de que la comunidad participe en la construcción de su propio entorno saludable y de bienestar a través de la comunicación de su cultura a través de los medios de comunicación apropiados.

Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas. Desde este punto de vista, no se puede separar la teoría de la práctica, y en toda acción práctica se expresa un conocimiento o saber sobre la realidad que es necesario explicitar. Según Paulo Freire, el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos naturales. Este conocimiento popular tiene su entender en lo que tienen de propio y específico. En las comunidades existe una filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjuntos de conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que, aunque es disperso a nivel general, tiene el valor para articular la práctica diaria. (Mosquera, 2003; 4)

2.5.7 Comunicación y Cibersalud (E-Health). Las tecnologías de la comunicación han evolucionado los estilos de vida de la humanidad, así como también ha permitido acelerar los procesos que son de vital importancia entre ellos la salud.

Uno de los primeros trabajos en esta nueva área de investigación en comunicación en salud es “*Rethinking communication in the e-health era*” (2003). En este trabajo se propone identificar las debilidades de los enfoques tradicionales basada en una revisión de las intervenciones de salud realizadas en Comunicación en salud hasta ese momento. Asimismo, se propone evaluar instrucciones teóricas con miras a mejorar la comunicación sanitaria a través de las tecnologías de la comunicación.

En ese sentido, se definen la ciber salud como “el uso de información emergentes y tecnologías de la comunicación, especialmente Internet, para mejorar o desarrollar la salud y el cuidado de la salud (...).”⁵. Asimismo, proponen muchos campos de abordaje como:

1. Informática médica
2. La telesalud,
3. La telemedicina,
4. La informática de la salud de los consumidores,
5. La informática de salud pública, entre otros

Ese mismo año la Organización Mundial de la Salud (2003), publica “E-salud en América Latina y el Caribe. Tendencias y temas emergentes”, un estudio donde se revisa el contexto de los sistemas de salud latinoamericanos y su relación con la ciber salud, sus posibilidades y beneficios, la formación a distancia de profesionales de la salud y los desafíos en la implementación de la misma en Latinoamérica entre otros.

Como dos casos en el mundo se han registrado dos investigaciones: realizada por Kerry Evers (2006), donde se manifiesta los cambios favorables en los usuarios de salud como por ejemplo, los usuarios tienen atención personalizada, hacen las consultas desde su comodidad, y ha permitido elevar la retención de los tiempos de medicación en los usuarios; asimismo en México, donde la experiencia es similar a la de Mariscal J., Gil-García J.R. y Ramírez F. (2008) pero a partir de la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación a los servicios estatales, todo esto como parte de una reforma del sector público.

En definitiva, la ciber salud trae consigo una gama de oportunidades para la salud. Las atenciones en salud ostentan de ser veloces y eficientes, mientras tanto los pacientes obtienen mejores opciones para cuida su salud.

⁵ [Traducción propia] Neuhauser L. y Kreps G. (2003) *Rethinking communication in the e-healthier*”.Recuperado el 19/10/2016 de: http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/n/neuhauser_kreps.shtml

Por otro lado, se observa la complejidad de esta área de la comunicación en salud, que demuestra un campo multidisciplinario. Para el caso Latinoamericano, según la experiencia mexicana, la promoción de la ciber salud pasa por un proceso de modernización y reforma en los servicios del Estado, entre ellas la salud, situándose en la vanguardia de las demandas de los nuevos tiempos.

2.5.8 Comunicación interna en salud

La comunicación interna está vinculada a la gestión de las relaciones humanas que se encuentran al interior de las instituciones de salud; lo que suceda o no, dentro de ellas, repercute en su forma de relacionarse con sus públicos objetivos. Por esa razón, en contextos actuales donde la relación organización – públicos se complejiza, las distancias se acortan y las exigencias por parte de los públicos se hacen cada vez mayores y desafiantes, que las instituciones de salud se vean así mismas pasa a ser más una práctica operativa, una acción dirigida.

En el ámbito hospitalario, la comunicación interna adquiere un valor estratégico ya que influye de modo positivo en los empleados (público interno), en los pacientes (público externo) y en la institución en su conjunto. La comunicación interna influye positivamente en los empleados ya que, por un lado, les ofrece información sobre distintos ámbitos que les ayudan a ser más eficaces en su trabajo, y por otro lado, porque contribuye a instaurar un ambiente de trabajo agradable donde la cohesión social prima sobre el antagonismo. (Medina, 2012, p. 24).

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Concepto de comunicación

Dentro de la gran cantidad de conceptos de comunicación que hacen referencia a varias escuelas de pensamiento y metodologías a lo largo de la historia. En este punto en particular, nos identificamos con los conceptos de Antonio Pasquali (1990), Ramiro Beltrán (1980) y Marta Rizo (2006).

Pasquali (1990) por su parte pertenece a una época importante en la historia de la comunicación donde la predominancia ideológica y técnica de los medios de comunicación le quitaba margen a los *otros* medios de comunicación que estaba en las manos de las personas para ser independientes, libres en su forma de construir el mundo. Como podemos apreciar en su definición de comunicación:

La comunicación es, pues, una de las formas supremas del “estar-con-el-otro”, aquella que - prescindiendo del medio o canal artificial empleado- comporta siempre el uso de canales naturales de envío y recepción, un proceso de comprensión mental del mensaje enviado y recibido, la producción de efectos de convivencia y una situación ideal de auténtica acción recíproca entre agente y paciente (entre inter-locutores del diálogo). (p. 135)

Esta “humanización de la comunicación” dio entre otros resultados la revaloración del diálogo como un instrumento que se encuentra transformando los modos de convivencia gracias a sus ejecutantes, por lo tanto, se hace necesario atender estas formas de construcción social, a partir de mejorar la calidad de los diálogos.

Uno de los autores más influyentes en la comunicación para la salud es Ramiro Beltrán (1980). Este autor, incorpora la palabra *proceso* en su concepto de comunicación, el cual como señala el autor, parte por que las personas gocen del *1) libre e igualitario acceso (a ejercer la comunicación)*, promuevan *2) diálogo* social, organizacional con objetivos, y la se comprometan con sostenerla a partir de la *3) participación*.

La comunicación es el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación. Todos tienen el derecho a comunicarse para satisfacer necesidades de comunicación por el disfrute de recursos de comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos. El principal no es el ejercitar influencia sobre el comportamiento de otros. (p. 31)

Por su parte Marta Rizo (2006), establece otro vértice de la comunicación expresada en la *interacción social* con la cual se construye y revitaliza todo tipo de *organización* en la sociedad.

La comunicación, como fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que llamamos sociedad. Es el principio básico de la organización social, y como tal, es requisito indispensable para las relaciones sociales. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común, de vincular. (p.44)

Por lo tanto, la comunicación es un proceso de revitalización de la estructura social, que facilita el intercambio de experiencias entre las personas dentro y fuera de todas las formas organizativas de la sociedad en un marco de libre acceso, diálogo y participación.

3.2 Definición de comunicación organizacional.

La comunicación organizacional (CO) tiene varias aristas conceptuales. Ya sea vista como fenómeno, disciplina o técnica, la comunicación en las organizaciones como denomina Kreps (1995) apunta a la adaptabilidad y supervivencia de la organización en la realidad.

Entre los principales conceptos de comunicación organizacional para el presente proyecto se encuentra los siguientes: “[la comunicación organizacional es] el flujo de mensajes dentro de una red de relaciones interdependientes. Esta percepción de la comunicación organizacional incluye cuatro conceptos clave: mensajes, red, interdependencia y relaciones” (Goldhaber, 1989; p.23)

Mucho más allá de las estructuras matemáticas de la comunicación, Goldhaber destapa la fibra más íntima de la comunicación basada en la relación y la interdependencia. En ese mismo sentido, Fernández Collado (2001) nos propone ver a la CO como un sistema y proceso por donde fluyen y se intercambian los símbolos, creencias, ideas, de la organización.

La comunicación en las organizaciones se considera como un sistema que se compone de una serie de actividades interdependientes que al integrarse logran un conjunto específico de objetivos. Por lo tanto, la comunicación en las organizaciones se considera como un proceso que se lleva a cabo dentro de un sistema determinado de actividades interrelacionadas. La comunicación entre los miembros de una organización implica la creación, intercambio (recepción y envío), proceso y almacenamiento de mensajes. (p.93)

Fernández Collado (2001) también establece la relación CO y objetivos de la organización, por lo cual se dice que la comunicación es un elemento estratégico de

gestión. No obstante, en el grueso de organizaciones se cree que la organización es un canal físico o actividad comunicacional, ante lo cual Losada J.C. (2004) señala que la comunicación se relaciona con los fenómenos cotidianos dentro de la organización.

[la comunicación organizacional viene a ser] la totalidad de los recursos de comunicación de los que dispone una organización para llegar efectivamente a sus públicos (...). En una compañía, no sólo comunican los anuncios publicitarios o las campañas de relaciones públicas sino también toda la actividad cotidiana de la empresa, desde sus productos y servicios hasta el comportamiento de sus miembros... (pp. 68 – 69)

Desde una perspectiva más antropológica, Castillo Cardozo en González D. y Olmos A. (2012) provoca la reflexión apuntando al ser humano como fin dentro de la comunicación en la organización, ya que podrá haber medios, mensajes, espacios, estrategias, pero sin humanos, no existe la comunicación.

Es la comunicación que se gesta dentro de una organización y que tiene en cuenta procesos inherentes a la organización que no sólo tienen que ver con intercambio de información, sino también con los medios utilizados y los individuos (con su cultura, actitudes, sentimientos y capacidades). (p. 20)

La comunicación está encarnizada en cada actividad y tarea de la organización. La CO es un elemento de alineamiento organizacional y de facilitación de las políticas y objetivos en los colaboradores.

La comunicación como eje central de todos los procesos laborales de cualquier organización, permite que haya mayor efectividad y productividad tanto al interior como al exterior de la misma. Además, genera apropiación de las políticas corporativas por parte de los colaboradores; por tanto, todas sus actividades estarán orientadas al cumplimiento de un objetivo claro y común, establecido en el direccionamiento estratégico de la misma. (ibídem, p. 10)

Por consiguiente, la comunicación organizacional es un proceso de direccionamiento organizacional, porque viabiliza y facilita la calidad y la cantidad de las transacciones a todo nivel desde los públicos internos hacia los externos y viceversa, enfocándolas hacia el logro de sus objetivos y a la supervivencia en medio de su entorno.

3.2.1 Aspectos de la comunicación organizacional

El aporte de la comunicación a la organización es amplio; sin embargo, hoy por hoy, existen distintos enfoques como maneras de gestionarla o comprenderla. Sin embargo, dado su rol estratégico es necesario tener en claro los aspectos de su proceso, de cómo se comporta este fenómeno en la organización, por ende, de cómo gestionarla a fin de que sea la CO que aporte a la organización y no todo lo contrario.

Según Abraham Nosnik en Soria Romo (2008), el éxito de la efectividad de la comunicación en la organización se encuentra en que ésta debe ser:

oa. (p. 33)

Por su parte Annie Bartoli y también Pierre Jardillier, citados en León Duarte (2006) consideraron que no basta con ser una organización comunicante si no se tiene en cuenta aspectos importantes. (Ver Cuadro N° 16)

Cuadro N° 16: Aspectos de la comunicación organizacional según Bartoli y Jardillier

<i>Annie Bartoli (1992)</i>	<i>Pierre Jardillier (1992)</i>
a) <i>Abierta</i> , para comunicar con el exterior (medio), en emisión y recepción interactivas; b) <i>Evolutiva</i> , ni rutinaria ni excesivamente formal; lista para manejar evolución y lo imprevisto; c) <i>Flexible</i> , para permitir una dosis oportuna entre comunicación formal y comunicación informal; d) <i>Finalidad explícita</i> , para proporcionar un hilo conductor a la comunicación formal; e) Responsabilizante, para todos los miembros con el fin de evitar la búsqueda de poder artificial por parte de algunos mediante la retención de información; y, f) <i>Energética</i> , para crear por sí misma, mediante información, formación y comunicación, potencialidades internas y para saber llevarlas a la práctica.	a) Debe tener finalidad, debe estar vinculada a objetivos y a un plan de conjunto; b) Debe ser multidireccional, de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, transversal, interna-externa; c) Debe estar instrumentada y valerse de herramientas, soportes, dispositivos, indicadores seleccionados en función de los objetivos; d) Debe estar adaptada, integrando sistemas de información administrables, administrados y adaptados a las necesidades específicas de cada sector teniendo siempre en cuenta la cultura del medio; y, e) Debe ser flexible, para integrar lo informal y crear estructuras que lo favorezcan.

Fuente: León Duarte, 2006; pp. 6 – 7

3.2.2 Ámbitos de la comunicación organizacional

Según Joan Costa (2009), existen tres esferas o ámbitos estratégicos de la comunicación en las organizaciones. Esta forma de estructurar la comunicación nace como señala el autor con la lógica de segmentar la comunicación de acuerdo a los públicos y también de construir la mirada holística de la gestión de las comunicaciones dentro de una organización. Los tres principales ámbitos son:

- Comunicación institucional (Relaciones corporativas, imagen corporativa, desarrollo corporativo)
- Comunicación mercadológica, publicidad, promoción comercial
- Comunicación organizacional, cultura corporativa, comunicación interna

Los ámbitos de la comunicación organizacional hoy, exigen incorporar nuevos valores y modos de comprender a los stakeholders y sus distintas manifestaciones, a comparación de la tradicional forma de gestionar la comunicación basada en la unidireccionalidad, predominancia de los medios antes que las personas, y de orden operativo antes que estratégico.

Por su parte León Duarte (2006) propone tres tipos de comunicación, las cuales son las siguientes:

la comunicación organizacional interna, orientada e integrada por personal de recursos humanos, cubre las relaciones internas de la organización; *la comunicación externa*, orientada hacia las relaciones públicas, cubre las relaciones con proveedores y administraciones públicas, las relaciones con inversores, la comunicación con el mercado de trabajo, etc.; y, *la comunicación comercial o publicidad*, orientada a la mercadotecnia, cubre generalmente la publicidad, las promociones de ventas, el marketing directo, el patrocinio y las ventas de la organización. (pp. 296 – 297)

Por consiguiente, la importancia de la comunicación en las organizaciones es que la acerca a sus stakeholders, le da un posicionamiento y le permite establecer y facilitar intercambios para el logro de sus objetivos.

3.3 Comunicación interna

Edilson Bustamante (2013) señala que la comunicación interna ha sido parte de un proceso evolutivo hasta lo que es hoy.

La era de agasajar a los empleados para convencerlos de que la organización era un buen lugar para trabajar (años 40); la era de información (años 50); la era de persuasión (años 60); la era de la comunicación abierta con los empleados, la comunicación simétrica bidireccional (años 80 hasta la actualidad) (p. 148)

Pasar de un plano filantrópico hacia un plano participativo en la comunicación interna ha traído diversos beneficios a las organizaciones como también diversos desafíos de la mano con los cambios acelerados de nuestra época. La comunicación interna hoy es un tema de desarrollo organizacional, antes que un tema operativo o netamente administrativo.

Por otro lado, en la cuestión del concepto de comunicación interna, a nuestro modo de entender, existen dos perspectivas de comprensión metodológicamente diferenciadas, pero entrelazadas en el propósito y en la acción: el concepto de la comunicación interna como 1) proceso social y 2) como proceso y/o herramienta

estratégica. Está claro que para lograr que la comunicación interna sea estratégica, es decir aporte al logro de los objetivos organizacionales antes se comprendió como proceso social, el campo de acción.

3.3.1 La comunicación interna como proceso y/o herramienta estratégica.

Desde esta perspectiva de análisis de la comunicación interna podremos observar plasmada el propósito de la gestión de la comunicación interna en las organizaciones. Según García J. (1998),

[I]a comunicación interna es un recurso gerenciable en orden a alcanzar los objetivos corporativos y culturales, organizacionales, funcionales, estratégicos y comportamentales de la empresa. la comunicación interna no es un fin, sino un medio y una herramienta insustituible para desarrollar las nuevas competencias, que supone el nuevo contrato psicológico que hoy vincula a los hombres con las organizaciones, la flexibilidad, la polivalencia, la apertura a los cambios, el espíritu de participación, el talante innovador, el trabajo en equipo, etc. por eso nuevas políticas y estrategias inteligentes de la comunicación interna proporcionan un valor añadido al más valioso de sus recursos. El último de los resultados será sin duda el cumplimiento del primero de los fines y objetivos de la empresa: el aumento de beneficios. (prólogo)

Por su parte, José Álvarez (2007) señala que

[I]a comunicación interna es una necesidad estratégica y una condición básica para que la empresa o institución pueda afrontar con garantías su funcionamiento. Mejora la gestión de las organizaciones, potencia la calidad de los procesos productivos y favorece el clima de innovación. La imagen de las corporaciones depende, cada vez más, del trato que reciba sus empleados y de su vinculación con la sociedad en la que desarrollan su labor. Sin comunicación no hay crecimiento posible. (p. 5)

Desde la óptica de Sanz de la Tajada (1996) tenemos que

la comunicación interna se efectúa con los diferentes públicos integrantes de la organización ya sean superiores, colaterales y subordinados con la finalidad de intercambiar ideas, contrastar opiniones, toma de decisiones... Es un conjunto de acciones con la intencionalidad de mejorar su cultura corporativa, mediante la implicación de los empleados en el proyecto de empresa. (p. 43)

Por otro lado, Miguel Túnez (2012) sostiene que

la comunicación interna ha de servir para dar a conocer lo que pasa en la organización y lo que la organización hace, los cambios en el entorno que le afectan positiva y negativamente, las novedades laborales y salariales, los balances económicos o de gestión, la actividad de los dirigentes, los planes de vacaciones, las actividades de formación. Todo lo que está relacionado con la organización y con sus miembros debe ser transmitido internamente y, para generar más confianza, debe ser conocido por canales internos antes de ser divulgada al exterior. (p.74)

Finalmente se ha podido apreciar que desde la perspectiva de comunicación como *proceso y herramienta estratégica* se puede establecer un marco de acciones, pero pensada y elaborada en función del emisor es decir el estrategia de comunicaciones.

3.3.2 La comunicación interna como proceso social

Se trata de comprender el campo de la comunicación en las organizaciones, tal y como lo desarrollan sus actores a través de sus distintos intercambios. El fenómeno comunicacional debe ser comprendido antes de elaborar la estrategia, por lo mismo tiene una importancia determinante.

Uno de los autores con mayor aporte a la comunicación interna es Gary Kreps (1995). Según este autor “[l]a comunicación interna es el modelo de mensajes compartidos entre los miembros de la organización, es la interacción humana que ocurre dentro de las organizaciones y entre los miembros de la organización” (p. 22)

Desde la Universidad Nacional de la Plata (2010)

[s]e considera comunicación interna a todos los procesos de producción social de sentido que se dan entre los miembros de una organización, tanto si se encuentran en el ámbito físico de la entidad como en el simbólico. Esto implica que, por ejemplo, las reuniones destinadas a los empleados o a la vinculación entre éstos y sus superiores - entre otras situaciones-, aun cuando se realicen fuera del edificio de la organización, también se constituyen en un espacio de comunicación interna, puesto que se trata de la interacción entre los miembros de una organización dentro del marco simbólico de la misma, en donde se evidencian procesos de producción de sentido. (p. 1)

Según Bercecuelo (2011),

[la comunicación interna] alude al enmarañado flujo de mensajes que nacen, se reproducen y circulan –en todas direcciones– en el seno de las organizaciones. Y se corresponde con aquella función gerencial que desarrolla la tarea de organizar y promover ese flujo de información que circula por los canales internos de la compañía y que contribuye a la obtención de resultados. (p. 29)

Estos tres conceptos nos permiten ver a la comunicación interna como campo de acción; su comprensión está en función a los colaboradores y sus acciones cotidianas, las cuales buscan entre muchas cosas, notoriedad en un espacio simbólico donde los significados compiten con el fin de que la organización sobreviva ante su entorno.

3.3.3 Objetivos y funciones de la comunicación interna

Antes de hablar de los objetivos y funciones de la comunicación interna es necesario hablar sobre la importancia de la comunicación interna.

Según Costa Sánchez (2011) la comunicación interna es importante porque

Contribuye a mejorar el clima de trabajo; contribuye a motivar a los trabajadores, creando un sentimiento de equipo y de orgullo de pertenencia; contribuye a mejorar la satisfacción de los empleados con su trabajo; vehicula (sic) la cultura corporativa (p. 36)

Por lo tanto, los objetivos y funciones se alinean en virtud de lograr los propósitos de la comunicación interna ante el cual hay distintas posiciones frente al tema.

Para Paul Capriotti (1998), los objetivos de la comunicación interna son cuatro:

A Nivel Relacional, lo que se busca es establecer una relación fluida entre empleados y empleadores, por medio de canales adecuados entre todos los niveles de la compañía; a *Nivel Operativo*, la intención es facilitar la circulación e intercambio de información entre todos los niveles de la empresa, permitiendo, así, un funcionamiento más ágil y dinámico de las diferentes áreas, y una mejor coordinación entre ellas; a *Nivel Motivacional*, el objetivo es motivar y dinamizar la labor de los miembros de la organización, contribuyendo a crear un clima de trabajo agradable, que redunde en una mejor calidad del trabajo y en la mejora de la productividad y competitividad de la compañía; a *Nivel Actitudinal*, se intenta obtener la aceptación y la integración de los empleados a la filosofía, a los valores y a los fines globales de la organización. Y también se busca crear y mantener una imagen favorable de la empresa en los miembros de la organización. (p. 58)

Según Costa Sánchez (2011) la comunicación interna “1) en el interior [de la organización] implica el diseño y la coordinación de una política global, 2) la coordinación de canales y flujos de información, 3) la transmisión de mensajes estratégicos 4) el fomento de mecanismos de retroalimentación y la implicación y motivación del personal.” (p. 35)

Desde una óptica parecida, Benito Bercecuelo (2011) identifica que los objetivos de la comunicación interna son:

transmitir los objetivos a toda la organización; difundir sus políticas y construir una identidad de la empresa en un clima de confianza y de motivación; un agente de cambio, ya que apoya y facilita la introducción de nuevos valores o pautas de gestión; la alineación de los empleados con los objetivos empresariales; permite a la organización mantener la coordinación entre sus distintos departamentos, favoreciendo así la interacción y el logro de los objetivos estratégicos y la eliminación de tensiones y conflictos en las relaciones interpersonales; cubre las necesidades de información de los empleados y su demanda de una mayor participación dentro de la organización. (p. 31)

Los objetivos de comunicación aluden a ejes de acción sobre la cual se sustenta las estrategias y acciones de comunicación interna como parte del direccionamiento. Sin embargo, los impactos de la comunicación interna están enmarcados en dimensiones o funciones que deberá tener en cuenta un gestor tanto para analizar el campo como para armar la estrategia de comunicación.

Según Ritter (2008) las funciones de la comunicación interna son partes de un todo, cuya efectividad se basa en función de la necesidad de generar procesos de intercambios reales y establecer el “tono” de la comunicación en la organización:

Afianzar, fomentar o cambiar la cultura corporativa existente; apoyar el logro de los objetivos, las políticas, los planes y programas corporativos; generar el entendimiento de los temas complejos en audiencias internas cada vez más diversificadas; satisfacer las necesidades de información y comunicación de las audiencias internas; construir una identidad de la empresa en un clima de confianza y motivación; profundizar en el conocimiento de la empresa como entidad; desarticular las subculturas negativas, como, por ejemplo, las de los departamentos como compartimentos estancos; hacer públicos los logros conseguidos por la empresa; permitir a cada empleado expresarse ante la dirección general, cualquiera sea su posición en la escala jerárquica de la organización; promover una comunicación entre los miembros de la organización en todos los niveles; contribuir a la creación de espacios de información, participación y opinión; facilitar la integración de las realizaciones personales con las institucionales; reducir los focos de conflicto interno a partir del fortalecimiento de la cohesión de los miembros. (p.7)

Para Formanchuk (2016) las funciones de la comunicación interna deben operar sobre seis dimensiones, las cuales están relacionadas con su objetivo específico.

Dimensión operativa: Lograr que la gente sepa qué tiene que hacer; *dimensión estratégica:* Lograr que la gente sepa por qué debe hacerlo; *dimensión cultural:* Lograr que la gente sepa cómo debe hacer ese trabajo; *dimensión motivacional:* Lograr que la gente quiera hacerlo; *dimensión feedback:* Lograr que la gente sepa cómo está haciendo (o hizo) ese trabajo; *dimensión propositiva:* Lograr que la gente proponga cómo hacerlo mejor. (p. 18)

En la misma línea de las dimensiones la comunicación interna debe actuar sobre cuatro dimensiones. Según Reyes (2012) existe cuatro dimensiones:

Dimensión 1. El vínculo. Este foco se relaciona con la necesidad de establecer vínculos, relaciones y afectos tanto con la organización de la que uno es parte, como con las personas con las que debemos interactuar todos los días; *dimensión 2.* La efectividad. Este foco se relaciona con la necesidad de sentido o propósito; *dimensión 3.* El orgullo. Este foco se relaciona con la necesidad de hacer algo valioso para los otros, de servir o entregar un beneficio a la sociedad o comunidad; *dimensión 4.* La identidad. Este foco se relaciona con la necesidad de sentirse parte de un grupo humano con características únicas y particulares, con la necesidad de ser parte de una tribu, de un grupo único y especial, con la el ser reconocido como miembro de una élite. (p.40)

Por su parte Costa (2011) recopila las principales funciones desde la perspectiva de seis autores (ver Cuadro N° 17):

Cuadro N° 17: Funciones de la comunicación interna

Funciones de la Comunicación Interna					
Villafañe (1993)	Del Pozo Lite (1997)	García Jiménez (1998)	Andrade (2005)	De Marchis et al. (2007)	Ongallo (2007)
Implicar al personal Armonizar las acciones Cambiar las actitudes Mejorar la productividad	Investigar Orientar Informar Animar y coordinar Organizar campañas Formar	Función corporativa Función operativa Función cultural Función estratégica	Identificación Información Integración Imagen Investigación	Facilitar el buen clima de trabajo Facilitar la circulación de información Reducir las posibilidades de conflicto Implicar a las personas	Transmisión de una voluntad real Difusión de valores comunes Transmisión de mensajes importantes Colaboración interdepartamental

Fuente y elaboración: Costa (2011, p.82)

3.3.4 Tipos de comunicación interna y canales. Los tipos de comunicación interna son los flujos por donde cruzan, se intersectan, y encaminan la comunicación formal e informal dentro de una organización. Michael Ritter (2008) define a los tres tipos de comunicación de la siguiente manera:

Comunicación descendente: Esta clase de comunicación es utilizada fundamentalmente para bajar líneas e impartir directrices a los empleados. En este sentido tiene como objetivo dar instrucciones claras y específicas del trabajo que se debe realizar; *comunicación ascendente:* Es aquella mediante la cual los empleados de la organización se comunican con sus superiores reportando las novedades o problemas e informando del avance de sus tareas. El contenido informativo de la comunicación ascendente suele ser detallado y específico; *comunicación horizontal o transversal:* Se desarrolla entre personas del mismo nivel jerárquico y tiene como objetivo la integración y la coordinación del personal de un mismo nivel. (p. 30)

Para Costa (2011) es posible segmentar de otra forma los tipos de comunicación. La autora los clasifica complementándolo con las funciones antes vistas (ver Cuadro N° 18):

Cuadro N° 18: Funciones de la comunicación horizontal, descendente y ascendente

Funciones de la Comunicación Horizontal, Descendente y Ascendente		
Comunicación horizontal	Comunicación descendente	Comunicación ascendente
Facilita la coordinación de tareas, permitiendo a los miembros establecer relaciones interpersonales efectivas.	Enviar órdenes a lo largo de la jerarquía	Proporcionar el feedback acerca de asuntos y problemas actuales de la organización
Proporciona un medio para compartir información relevante de la organización entre colegas	Proporcionar información relacionada con el trabajo	Ser una fuente primaria de retorno informativo
Canal para resolver problemas y conflictos de dirección entre colegas	Facilitar un resumen del trabajo realizado	Aliviar tensiones
Permite que los colegas se apoyen mutuamente	Adoctrinar a los miembros para que reconozcan e internalicen los objetivos de la organización	Estimula la participación y el compromiso de todos, intensificando la cohesión de la organización

Fuente y elaboración: Lucas Marín (1997) en Costa (2011, p. 81)

Por su parte Villafañe (1993), prefiere hablar de sentido direccional de la comunicación o vector, antes que tipo de comunicación interna. El autor propone ver a la comunicación interna desde el plano estratégico por lo cual engarza el vector comunicacional, objetivo, y canales de comunicación. (Ver Anexo 02: Los flujos de comunicación interna)

La identificación y segmentación de canales y soportes de comunicación de acuerdo a los cuatro flujos más importantes de la comunicación suponen una comprensión del impacto además de los costos, razón por lo cual existen actualmente brechas de implantación de estos canales en muchas organizaciones.

Desde una perspectiva complementaria a la de Villafañe (1993), Costa (2011) agrega a la segmentación de los canales de comunicación dos tipos de segmentación más, esta vez como comunicación directa e indirecta.

Cuadro N° 19: Canales de comunicación según comunicación directa e indirecta

Soportes	Comunicación directa				Comunicación indirecta			
	Asc	Desc	Hor.	Trans	Asc.	Desc	Hor	Trans
Intranet					x	x	x	X
Revista interna					x	x	x	X
Tablón de anuncios						x	x	X
Buzón de sugerencias					x			
Manual de acogida						x		
Circulares						x		
Memorias o balances					x	x	x	X
Correo interno					x	x	x	X
Comunicación telefónica					x	x	x	X
Megafonía						x	x	X
Reuniones	x	x	x	x				
Actividades de formación	x	x	x	x				
Actos sociales	x	x	x	x				
Rumores	x		x	x				
Blogs					x	x	x	X
Foros					x	x	x	X

Fuente y elaboración: Costa, 2011; p. 90

Mientras que,

los soportes de comunicación directa facilitan la circulación de la información y contribuyen a fomentar las relaciones sociales internas entre empleados – superiores, mejorando la convivencia; los soportes de comunicación indirecta, favorece a la participación de los trabajadores evitando que se conviertan en sistemas de notificación al trabajador (Costa, 2011; pp. 90 - 91)

3.4 Satisfacción con la comunicación interna

La satisfacción con la comunicación interna fue una variable descubierta en las primeras auditorías de comunicación aplicadas a la organización en los EEUU. Debido a su complejidad, fue catalogada como un campo multidimensional que incluía la información organizacional y el clima de comunicación (Varona, 1996, p. 13). Otros autores, de igual forma vincularon a la CI con otros aspectos, entre ellos con el compromiso laboral. Como relata Federico Varona (1996) los estudios que fueron impulsados especialmente por Cal Downs descubrieron que:

existía una relación positiva entre la satisfacción de la comunicación y el compromiso organizacional. También descubrió que la relación exacta entre las dimensiones de comunicación y los niveles de compromiso variaba un poco entre las organizaciones. Finalmente, descubrió que la comunicación de supervisión, la retroalimentación personal y el clima de comunicación eran los mejores predictores de comunicación del compromiso de la organización. (p. 116)

La influencia de la comunicación interna en la organización es a todo nivel porque se trata del sistema articulador del conocimiento organizacional, cuya dinámica persigue el alineamiento de las percepciones, las actitudes y los comportamientos hacia la consecución de los objetivos. La comunicación interna en la organización es transversal al éxito de cada programa, estrategia, táctica por lo tanto es un imperativo que tenga un grado de satisfacción favorable.

Por otro lado, según las investigaciones Cal Downs la satisfacción con la comunicación interna presenta diferentes factores. En su primera publicación estableció ocho variables Downs (1988):

Perspectiva Organizacional trata con los tipos más amplios de información sobre la organización como un todo. Incluye elementos sobre notificaciones de cambios, información sobre la situación financiera de la organización e información sobre las políticas y objetivos generales de la organización; *la retroalimentación personal* se refiere a la necesidad de los trabajadores de saber cómo se les juzga y cómo se evalúa su desempeño; *la integración organizacional* gira en torno al grado en que las personas reciben información sobre su entorno inmediato; los artículos incluyen el grado de satisfacción con la información sobre planes departamentales, los requisitos de su trabajo y algunas noticias del personal; *a Comunicación de supervisión* incluye tanto los aspectos ascendentes como descendentes de la comunicación con los superiores. Tres de los puntos principales son la medida en que los superiores están abiertos a las ideas, la medida en que los supervisores escuchan y prestan atención, y la medida en que los supervisores ofrecen orientación a sus empleados para resolver los problemas relacionados con el trabajo; *el clima de comunicación* refleja la comunicación tanto a nivel organizacional como personal. Incluye elementos tales como la medida en que la comunicación en una organización motiva y estimula a los trabajadores a cumplir los objetivos de la organización y la medida en que los hace identificarse con la organización. También incluye estimaciones de si las actitudes de las personas hacia la comunicación son saludables o no en la organización; *la comunicación horizontal* se refiere a la medida en que los colegas y la comunicación internacional es precisa y de libre flujo. Este factor también incluye la satisfacción con la actividad de la vida; *calidad de los medios*, se ocupa de la medida en que las reuniones están bien organizadas y las directivas escritas son breves y claras, y del grado en que la cantidad de comunicación es correcta; *la comunicación subordinada* se centra en la comunicación ascendente y descendente con los subordinados. Solo los trabajadores en puestos de supervisión responden a estos elementos, que incluyen la capacidad de respuesta subordinada a la comunicación descendente y la medida en que los subordinados inician comunicación ascendente (pp. 112 - 113)

Luego de un proceso de análisis, Downs (1990) agregó dos factores de estudio más al estudio de la satisfacción de la comunicación interna:

Comunicación de Alta Gerencia evalúa la comunicación de la alta dirección con los miembros de la organización. Este factor incluye elementos sobre la apertura de la alta dirección a las nuevas ideas, el cuidado expresado y la disposición a escuchar; *la Comunicación Interdepartamental* trata sobre la comunicación que se necesita entre los diferentes departamentos de la organización para facilitar su eficiencia. Incluye elementos sobre resolución de problemas, trabajo en equipo y comunicación entre los gerentes. (p. 113)

En síntesis, se puede indicar que la satisfacción con la comunicación puede hacer que cualquier tema organizacional incluido la salud ocupacional tenga relevancia y

notoriedad gracias a la buena percepción de la comunicación; asimismo, si pasa todo lo contrario, la responsabilidad directa está en la gestión de la comunicación interna.

3.5 Importancia de la comunicación interna en salud

El proceso de la comunicación no solo es un elemento intangible, también se configura en la eficiencia y eficacia de la organización en sus múltiples objetivos. Tanto a nivel interno y externo, la comunicación en las organizaciones supone una responsabilidad a nivel gerencial ya que la organización se nutre y crece en función de la importancia que se le da a la comunicación. Es más hoy por hoy, la comunicación es un potente elemento para lograr ventajas diferenciales de la organización, lo cual, por un criterio de supervivencia, debería considerarlo cada organización.

En el caso de la comunicación interna en salud, que ha sido estudiado escasamente a comparación de la comunicación externa. La investigación en este campo va en crecimiento; hasta el momento se ha escrito poco sobre la problemática de la comunicación interna en los establecimientos de salud.

Formanchuk (2014), mapea una serie de problemas de comunicación interna que cruzan con procesos internos no necesariamente de gestión hospitalaria, pero de común frecuencia también en los establecimientos de salud. (Ver Anexo 03: Problemas de comunicación interna)

Dentro del ámbito hospitalario, según Costa (2011), quien sistematiza las ideas de Coe, (1973), Taylor, (1995), Kuteev y Eglin (2004) existen retos organizacionales donde se desarrolla la comunicación y donde sería muy provechoso gestionarla:

Organización burocrática; sistema dual de autoridad, la autoridad profesional de una parte y la autoridad gestora, de la otra; gran división del trabajo, que da lugar a un alto grado de estratificación; diversidad de metas, que no son siempre compatibles. El objetivo de currar suele ser responsabilidad del médico. El cuidado del paciente, la vocación del personal de enfermería. La administración del hospital se concentra en controlar el gasto, asegurándose un buen funcionamiento del sistema y el flujo del personal, recursos y servicios; divisiones comunicativas internas en función de los grupos profesionales, de manera que habría que superar una comunicación limitada a los colectivos profesionales (enfermeros entre sí, médicos entre sí, etcétera) o incluso por especialidades (médicos del mismo servicio entre sí, etc.); las personas están concentradas y preocupadas por los asuntos del equipo de trabajo o departamento en el que colaboran, pero escasamente por aquellos que afectan a la organización en general. En ese sentido, resulta difícil crear un conjunto de valores o comportamientos corporativos en el hospital. (p. 50)

En cada una de ellas, se analiza desde el proceso de comunicación, en cuyo flujo se producen estos reprocesos o fallas, que incurren en un establecimiento poco eficiente y eficaz en su desempeño. Es por eso hoy se exigen a muchos establecimientos desarrollar planes de comunicación que se vinculen con los objetivos estratégicos y los procesos de calidad de la organización.

La importancia de la comunicación interna en los escenarios de salud se materializa

cuando se abordaban (sic) sus ventajas en el ámbito organizacional, como la imagen que se proyecta, la calidad de los servicios que se ofrecen, la motivación y satisfacción de los empleados que se refleja en el trabajo externo, y la extensión en si misma de la comunicación interna hacia fuera. (Bustamante, 2013, p. 167)

Otro de los beneficios para el campo de la salud de parte de la comunicación interna, se da en la implementación de metodologías de trabajos (prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud) efectivos. Como señala Costa (2011):

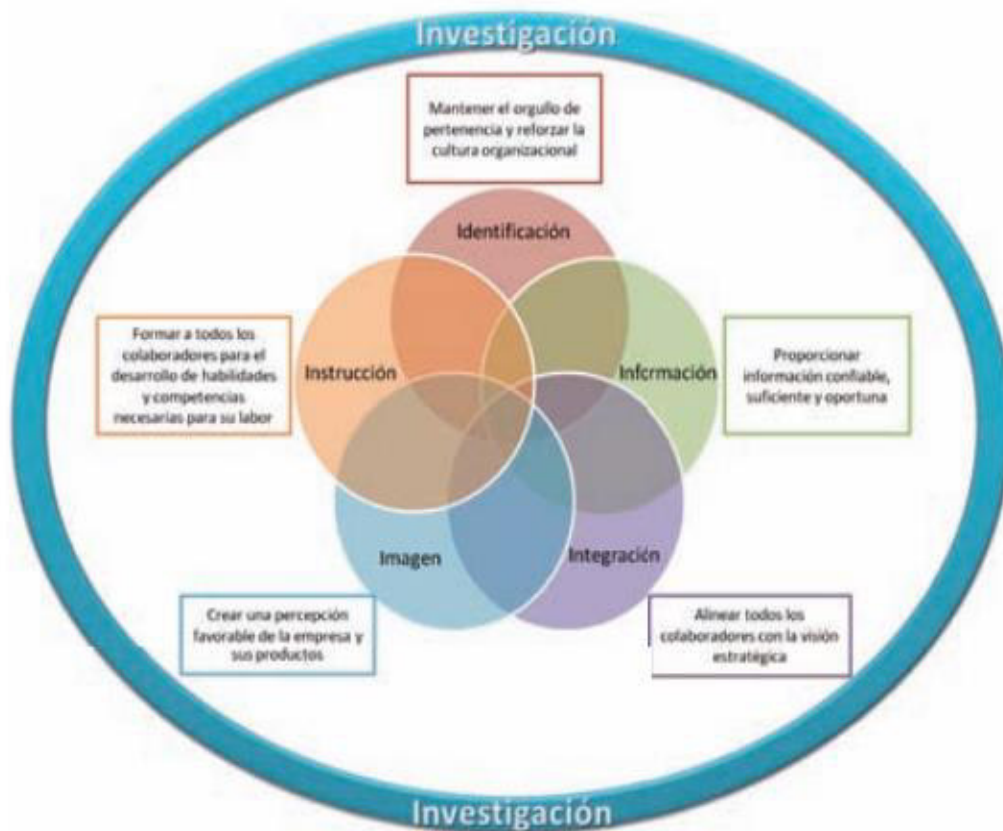
la comunicación interna puede contribuir a superar de manera decisiva la falta de coordinación y de motivación, favoreciendo la consolidación no solo de grupos o colectivos, sino de equipos de profesionales y de un equipo conjunto, compuesto de todos los grupos y subgrupos de todos los departamentos y servicios que integran su estructura. (p. 100)

Por otro lado, Edilson Bustamante en su tesis doctoral *Promoción de la salud y comunicación interna* (2013) redefine el objetivo general de la comunicación interna para los escenarios de salud desde la base conceptual de Andrade (2005), el cual es:

Respaldar el logro de los objetivos institucionales investigando constantemente los procesos de comunicación; fortaleciendo la identificación de los colaboradores con la empresa; proporcionándoles información relevante, suficiente y oportuna; formándolos en las competencias que requieren para llevar a cabo su trabajo; reforzando su integración; y generando en ellos una imagen favorable de la organización y de sus productos y servicios. (p. 173)

El autor, a partir del modelo de las cinco 'íes' de Horacio Andrade (2005), las cuales son *identificación, información, integración, imagen e investigación*, plantea la inclusión de una nueva 'i': *instrucción* o formación. Con base a este planteamiento, pasaremos a conceptualizar las funciones de la comunicación interna y su influencia en el proceso de prevención de enfermedades laborales en establecimientos de salud.

Gráfico N° 05: Modelo de las cinco íes (5 íes)



Fuente y elaboración: Edilson Bustamante (2013)

3.5.1 Variables de comunicación interna

3.5.1.1 Identificación

Identificación es la acción de sentirse “parte de”, “cercano a”, en este caso a una organización, pero puede vincularse con personas o cualquier otro grupo social. La identificación tiene sus bases en lo intrapersonal y en lo interpersonal: la forma como un individuo se auto concibe será condicionante en su forma de interrelacionarse con un individuo o una organización. Desde un ángulo más cercano a la presente investigación, Topa y Morales (2007) señalan que:

[La] identificación organizacional es una forma específica de identidad social disponible en el referido contexto (...) Cuando se identifican con un grupo, las personas se perciben a sí mismas como psicológicamente intercambiables con los otros miembros, compartiendo un destino común y participando de sus éxitos y fracasos. En este sentido, una de las primordiales funciones de la identificación es la de mejorar el auto concepto, sin embargo, no es la única. La existencia de este “yo social” es la causa principal por la cual, cuanto más se identifica una persona con un grupo social, más probable es que actúe de acuerdo con las creencias, normas y valores que son típicos para ese grupo. (pp. 366-367)

La formación de la actuación de un individuo a raíz de su nivel de identificación es un hecho real en las organizaciones:

la identificación influye en las actitudes y comportamientos, especialmente en aquellas situaciones en que tal identificación se vuelve saliente o está activada cognitivamente (...) Los estudios empíricos han demostrado que la identificación en el ámbito organizacional es un buen predictor de un amplio abanico de resultados tales como la satisfacción laboral, la implicación en el trabajo, la motivación, el rendimiento y las conductas de ciudadanía, entre otros (...) (ibídem, pp. 366-367)

Para Álvarez et al (2014), la identificación organizacional pasa por un ciclo de transformaciones que va desde la percepción del individuo hasta la coexistencia social. El autor señala que:

La identificación organizacional presenta cuatro características clave. En primer lugar, al ser una categorización de la información social y no formar necesariamente parte de una conducta se considera como una percepción en la que el individuo se percibe a sí mismo psicológicamente enlazado con el grupo. La conducta puede darse a partir de esta identificación. La segunda característica es que el individuo es capaz de experimentar el éxito y el fracaso del grupo. En tercer lugar, la identificación no significa internalización de valores sino identificación con los mismos. Por último, las personas suelen describirse a sí mismas con el concepto de pertenencia a un grupo haciendo referencia a su realidad social en la coexistencia con otros grupos. (p. 35)

La identificación no implica perder la imagen propia del individuo, antes más bien busca fortalecer la suya a partir del vínculo con otros que tienen o practican sus creencias, principios, valores.

¿Qué se mide en la *identificación*? Existen muchos autores con propuestas de escalas de medición de este tema. Según Quijano et al. en Bustamante (2013) la identificación mide:

Categorización: Sentido de pertenencia a la empresa; *orgullo de pertenencia*: Satisfacción del trabajador a partir del hecho de pertenecer a la empresa; *cohesión o deseo de permanencia*: Deseo del trabajador de continuar como miembro de la empresa; *identificación general*: Conciencia que tienen los trabajadores de pertenecer a la organización, su sentimiento de orgullo por esta pertenencia, y su deseo de mantener su vinculación en el futuro. (p. 178)

Para efectos de las instituciones donde aplican estrategias de prevención de enfermedades laborales, se espera que los trabajadores en primer lugar se sientan parte y tengan orgullo de su institución porque se preocupa por la salud de sus trabajadores; asimismo, sientan interés y se motiven por formar parte cumpliendo y aportando a las acciones de prevención de enfermedades laborales (conciencia) que estén a su alcance.

3.5.1.2 Información

En la actualidad, la información se ha convertido en un activo estratégico porque condiciona la calidad de la toma de decisiones, la motivación de las personas, la efectividad de los procesos, lo que supone para la organización un tema de vital relevancia.

Como señala Bustamante (2013):

[e]n el escenario organizacional siempre se ha hablado de que la información con los públicos internos debe ser relevante, suficiente, oportuna y confiable, pues de ésta depende en gran parte el desempeño efectivo de los empleados y el hecho de que éstos se sientan parte de la misma. (p. 179)

La oferta de información en la organización debe contribuir a la buena performance de los trabajadores, por lo tanto, trabajar con la información no solo debe tener un enfoque cuantitativo sino también cualitativo, ya que las exigencias de la gente en torno a lo que es o no es una buena información va más allá de la cantidad a la cual acceden los trabajadores.

¿Qué se mide en el factor *información*? Según Andrade (2005) en Bustamante (2013), las necesidades de información de los empleados de una organización pueden clasificarse en:

Información general sobre la empresa: cultura organizacional (misión, visión, valores, principios); objetivos, metas y estrategias de la organización; resultados obtenidos, estructura, principales proyectos; eventos, actividades y noticias importantes; productos y servicios; centros de trabajo; historia; reconocimientos que se otorgan a personas y áreas (...) Información necesaria o útil para el trabajo: políticas, procedimientos; funciones y responsabilidades de las áreas que integran la empresa; cambios en la estructura; ingresos y salidas de personal; programas de capacitación y desarrollo; decisiones importantes que se toman en la dirección (...) Información sobre condiciones de trabajo: prestaciones y beneficios; seguridad e higiene; reglas y disposiciones diversas...” (p. 180)

Como se puede apreciar, Andrade (2005) establece un tipo de jerarquía de la información para las organizaciones. A través de esta distribución podemos diferenciar cómo se vincula un tipo de información con los distintos niveles de toma de decisiones como puede ser estratégico, táctico y operativo. Por ejemplo, el autor señala que la cultura organizacional está constituida por información general sobre la empresa el cual se constituye de nivel estratégico por su alcance en toda la organización. Y es en este punto donde vale remarcar el valor de la información para las decisiones en la organización. Según el Ministerio de Salud (2011) la variable información influye dentro de las

dimensiones *comunicación y toma de decisiones*, y sus criterios de éxito son la *disponibilidad y el uso eficiente al interior y desde cualquier nivel* de la organización.

Para las instituciones que buscan implementar estrategias en relación a cómo forjar una cultura o al logro de objetivos médicos concretos en el marco de la prevención de las enfermedades laborales, la información es un insumo clave. Para una organización de salud, la cultura de prevención de enfermedades debería ser parte inherente a su misión y visión, sin embargo, en muchos casos no es así, ya que no se cuenta con una cultura organizacional fuerte y coherente que alinee las creencias, los hábitos, las costumbres personales de cada trabajador en torno al tema. Así como para la cultura de la prevención la información es un factor clave, lo es para la parte médica de la prevención a los casos donde se necesita tratar una enfermedad laboral. Es aquí donde nuevamente los criterios personales de cada trabajador en gran mayoría están por encima de los criterios especializados, en muchos casos poco entendibles o, deslegitimados por prejuicios profesionales, como en el caso de los mismos médicos, muchos de ellos, con la idea de que por sus conocimientos en la salud son incólumes a contagiarse de enfermedades en el trabajo. En otras palabras, la información es clave para que el personal de salud conozca los procesos y los procedimientos de la prevención de las enfermedades laborales, así como sus factores críticos de su seguridad ante los riesgos que impliquen su trabajo. Como señala Manuel Parra (2003):

Lo habitual es que el trabajador subordinado a un mando reciba una serie de instrucciones para realizar su trabajo. En un caso óptimo dicha información además incluye advertencias sobre precauciones que debe tomar para proteger su seguridad y la de las demás personas. Asimismo, el trabajador cuenta con alguna forma de transmitir información relevante hacia los superiores jerárquicos. La forma en que se transmite la información, su claridad y la capacidad de las personas para comprenderla son importantes herramientas para una mejor productividad y una adecuada prevención de accidentes y enfermedades. (p.19)

No obstante, la información no es un proceso; el proceso es la comunicación, y la comunicación no solo se constituye por información o mensajes sino por emisores, receptores y también canales de comunicación. Por lo tanto, así exista una buena información, pero no se transmita a través de un buen canal evitando ruidos de todo tipo, es inefectiva. Hablar de información es hablar sobre los canales formales de la organización. El trabajador necesita estar potenciado por la información de los objetivos de la organización y la formación permanente de sus áreas, y cuánto más si se trata de prevenir enfermedades laborales. Y es en este punto, nace el problema debido a que la oferta de los canales formales muchas veces no es de preferencia de los trabajadores, lo

cual pone en riesgo la veracidad y confiabilidad de la información que discurre por la organización. En un ámbito de salud, donde la información salva vidas, es difícil pensar en que la información no debe atenderse como un tema vital.

3.5.1.3 Instrucción/formación

La formación del recurso humano a cargo de las organizaciones es un factor de eficiencia y también de motivación. No es extraño que las organizaciones inviertan fuertemente en la cualificación de su recurso humano o busquen personal con un *know-how* importante todo con el fin de aminorar errores en el trabajo y motivar el desarrollo personal de cada trabajador. Los modelos de gestión del recurso humano en la actualidad se basan en la parte cognoscitiva como un indicador de éxito, mientras se vienen incorporando con más fuerza otras competencias como indicadores de eficacia en el desempeño de los trabajadores. En el caso de los profesionales de la salud, los procesos de formación son extensos debido a la importancia del conocimiento; sin embargo, no es suficiente debido a que la salud tiene una dimensión humana.

Según Bustamante (2013), se hace necesario reconocer a las habilidades sociales o comunicativas como una competencia efectiva para la atención en salud (y por qué no también en los procesos de prevención de la enfermedad):

Uno de los aspectos que más llaman la atención actualmente en la mayoría de organizaciones, incluidas las del área de salud, es la necesidad de formación de los empleados en técnicas de comunicación y de colaboración, sobre todo por sus evidencias de que en muchos servicios sobre todos los que tienen que ver con la atención al público e interacción constante con éste, ser un buen comunicador impacta positivamente la prestación del servicio y por tanto la satisfacción del cliente o usuario. (p.183)

Pero en estricto ¿qué podemos entender por habilidades comunicativas en un contexto de salud y más aún de prevención de riesgos en salud? Partimos por definir a qué nos referimos por este tipo de competencia. La competencia comunicativa es:

...el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específicas. Es decir, consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal; esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia) ...También la definen como capacidades que regulan la comunicación interpersonal entre los sujetos, entre ellas: la autenticidad, la expresividad afectiva, la comprensión empática y la tolerancia. (Aguirre, 2005; pp. 6-7)

¿Qué se mide en el factor *instrucción*? Según Aguirre (2005) a través de la competencia comunicativa se asegura una participación apropiada y una óptima comunicación interpersonal que hacen del individuo capacitado para aportar en su espacio

social. Otros autores como Caballo (1987) en León, Rodríguez, Ferrel y Ceballos (2009) señala que:

Es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (p.93)

Como se puede observar, el campo de esta competencia se va complejizando poco a poco. Caballo (1987) nos habla de sentimientos, actitudes, deseos... en el ámbito de la salud, esto significa valorar a la salud de manera integral, venga de donde venga, ya sea del que recibe una atención como del que presta el servicio en salud.

Según Bimbela (1996) citado por Bustamante (2013) existen tres grupos de habilidades sociales que se deberían impulsar con los colaboradores: “Habilidades de autocontrol, habilidades de comunicación, habilidades de motivación para el cambio” (p. 185)

Asimismo, agrega que “en el campo de la comunicación y el autocontrol se necesita desarrollar las siguientes habilidades:

La empatía, el asertividad, la escucha activa, la habilidad para realizar preguntas, la capacidad para proporcionar retroalimentación, el manejo de conflictos y la negociación, la persuasión y la venta de ideas, la apertura para recibir retroalimentación y sugerencias, las habilidades para el uso de tics y para gestionar la información y el conocimiento (p. 185)

Dentro del campo de la prevención de las enfermedades laborales podemos identificar que, pese a la poca oferta de formación a los profesionales de salud en las competencias comunicativas o sociales, existen propuestas implementadas evidenciadas en otros países.

Entre estas pocas propuestas se encuentran el trabajo de habilidades comunicativas para atender, por ejemplo, el síndrome de burnout (Leal-Costa, et al., 2015; García L., Arrazola O., Grau L., Barrio N., 2013) sin embargo, existen pocos, relacionados con trabajar habilidades comunicativas para contrarrestar enfermedades ocupacionales, entre ellas la tuberculosis.

Esta variable de la comunicación interna desafía la inercia de la gestión humana, y establece una valla alta para lograr procesos de promoción y prevención salud, más efectivos y humanizados. Como señala Manuel Parra (2003)

La comunicación también es un aspecto esencial de la convivencia humana y, en ese sentido, el espacio de trabajo es un lugar de convivencia entre personas, donde se crean redes de apoyo, amistades, se forman y fortalecen familias, entre otras importantes consecuencias de este carácter social del trabajo. Por lo mismo, favorecer la comunicación en el trabajo mejora la satisfacción. (p.19)

3.5.1.4 Integración

La integración del personal es un proceso de adaptación y socialización del individuo dentro de la cultura organizacional. La integración no es una mera actividad es un factor importante para el proyecto de vida laboral de un individuo. Como señala Ritter (2008), la integración:

...se manifiesta a través del consenso de los supuestos básicos [como son el cambio, adaptación, interacción, participación, bienestar, mejora continua organizacional, etc]. De este modo, la cultura reasegura el entendimiento básico común, por ejemplo, sobre cuestiones fundamentales de organización. Es el ¿qué nos une? ¿Cómo nos entendemos mutuamente? (p.44)

La integración del personal tiene un componente comunicacional importante que Edilson Bustamante (2013) a través de Andrade (2003) estructura a través de dos factores: “Mejorar el clima de comunicación (en cuanto a las formas y canales) y fomentar la colaboración y el trabajo en equipo” (p. 53)

Entendemos por clima de comunicación a “la percepción de los empleados con respecto a la calidad de las relaciones mutuas y la comunicación en una organización” (Golhaber, 1993; p. 19). Por su parte Jones and James (1979) en Kamsak y Bulutlar (2008):

el clima de comunicación es una faceta de la construcción más amplia del clima psicológico e incluye elementos comunicativos tales como juicios sobre la receptividad de la comunicación de la gerencia a los empleados o la confiabilidad de la información que se difunde en la organización. (...) El clima de comunicación positiva juega un papel importante en la eficacia de la organización. Los estudios señalan que el concepto de clima de comunicación está explícitamente vinculado a la identificación organizacional, el compromiso organizacional y la satisfacción en el trabajo son abundantes. (p. 28)

El clima de comunicación tiene que ver con la calidad de la comunicación organizacional, la valoración subjetiva de cada individuo respecto a las interacciones, mensajes, canales, escenarios, etc... de comunicación. El clima de comunicación tiene una correlación con los objetivos de la organización y por lo tanto, debe tener un especial interés por parte de los gestores:

Es decir, cuando los empleados son expuestos a una comunicación apropiada (...recepción oportuna y adecuada de feedback, información continua sobre los cambios) y la percepción del

empleado respecto de estas acciones es favorable, se esperan conductas positivas acordes con los objetivos de comunicación planteados. (Hernández, Fernández y Bautista, 2010; p.185)

O como señala Buchholz (2001):

... [e]l clima de comunicación puede definirse como el entorno interno del intercambio de información entre las personas a través de las redes formales e informales de una organización. El clima de comunicación está abierto cuando la información fluye libremente; cerrado cuando la información está bloqueada. (...) En un clima abierto, los empleados se sienten libres de expresar opiniones, expresar sus quejas y ofrecer sugerencias a sus superiores. Los empleados hablan libremente entre sí acerca de decisiones políticas importantes y su producción, personal o preocupaciones de mercadeo. La información pasa sin distorsión hacia arriba, hacia abajo y horizontalmente en toda la organización. La investigación muestra que este clima abierto de comunicación tiene al menos tres características distintas: es solidario, participativo y confiable. (p. 1)

¿Qué se mide en el factor *integración*, específicamente en *clima de comunicación*?

Para Bustamante (2013), quien cita a varios autores, el clima de comunicación afecta al

compromiso organizacional, desempeño de los equipos, productividad, influencia significativamente sobre la confianza en los directivos y en la ciudadanía organizacional, estimula actitudes de apoyo frente a los objetivos estratégicos, influye en los procesos de cambio organizacional, reafirma en los empleados los sentimientos de membresía al grupo, predice la identificación de los empleados con su organización (p. 123)

En relación al trabajo en equipo podemos señalar que es un factor muy apreciado cuando una empresa decide construir su filosofía de vida.

Para definir el *trabajo en equipo*, Aguilar H. (2016) quien cita a Gutiérrez (2010) señala que “el trabajo en equipo es cómo un grupo de personas colaboran e interactúan para lograr objetivos en común, fundamentado en la unidad de un propósito por medio de aportaciones de conocimientos, habilidades y acciones de sus integrantes.” (p. 9)

Por su parte González (2015), quien parafrasea a Robbins y Coulter (2007) indica que “[el trabajo en equipo] se trata de un grupo donde sus miembros trabajan intensamente en un objetivo común y específico, donde dan uso a su sinergia positiva, responsabilidad mutua e individual, y destrezas complementarias” (p. 18)

La fuerza laboral no solo se mide por la cantidad, sino por la sinergia que puede lograr uniéndose, teniendo objetivos en común. A través de estos conceptos se descarta la idea de que en la práctica diaria el “trabajo en equipo” antecede a los objetivos; ocurre generalmente que hay organizaciones que invierten en capacitaciones de trabajo en equipo, sin tener objetivos claros e identificados por los trabajadores, lo cual redundará en pérdida. Asimismo, el trabajo en equipo involucra no solo a trabajadores sino también a

jefes, quienes muchas veces se eximen de esta responsabilidad, siendo líderes de sus equipos.

¿Qué se mide en el factor *integración*, específicamente en *trabajo en equipo*? Para Edilson Bustamante (2013) el trabajo en equipo debe apuntar a dos razones: “rendimiento de las organizaciones de acuerdo a las redes sociales internas y trabajo colaborativo” (p. 158)

En el plano de la prevención de enfermedades laborales, tener un buen clima de comunicación es vital para empezar cualquier acción de integración.

Los programas de prevención para la salud laboral necesitan que las personas se involucren e integren a la cultura de la salud, pero también, necesitan que éstas personas con nuevos conocimientos, actitudes, comportamientos se integren al tejido social de la organización para hacerla más fuerte y receptiva a la prevención de las enfermedades y viceversa. En efecto, se necesita de un buen clima de comunicación (políticas, espacios, mensajes, canales, soportes, etc.) que dinamice y garantice el proceso de integración del individuo en primer lugar hacia la cultura organizacional para luego, adherirse a la prevención de la salud laboral. El mensaje en concreto es que la parte comunicacional en la percepción de los empleados es un factor *sine qua non* para la integración y acercamiento de los empleados a los propósitos de la organización.

Por otro lado, los programas de prevención de enfermedades laborales son interdisciplinarios. Venga desde los que dirigen los programas de este corte o de los que son beneficiarios, todos tienen que conocer y sobrellevar las diferencias que puede encontrarlo dentro del trabajo. Sean diferencias de profesión, de edad, de género, de nivel jerárquico, de tiempo de trabajo, cualquiera de ellas siempre resulta ser un límite para que las personas no se integren y pongan en peligro una actividad, un proceso, o en el caso de la prevención, la oportunidad de salvaguardar sus propias vidas y la de sus compañeros ante cualquier riesgo o enfermedad laboral.

Cualquier desafío que recibe la organización de sus clientes o proveedores pone a prueba su capacidad de respuesta. Podría decirse también que cualquier enfermedad laboral pone en riesgo el tejido social micro y macro; para lo cual y en ambos casos, el pensamiento de equipo se hace importante relucir, a fin de que la regulación interpersonal funcione y que cada individuo se sienta protegido y motivado por su equipo. El trabajo

colaborativo integra, acerca a las personas a ellas mismas y a los demás; y esto se tiene que promover, enseñar, monitorear, comunicar en todos los niveles organizacionales.

3.5.1.5 Imagen

La imagen corporativa tiene relación con la comunicación interna. Autores como Villafañe (1999), Capriotti (2013) analizan desde diversas ópticas la construcción de la imagen corporativa, dentro de las cuales establecen que el alcance de la imagen corporativa no solo es posesión de los públicos externos de la organización, sino de todos los stakeholders, incluido el público interno.

Ahora bien, entendemos por imagen corporativa como: “...resultante de múltiples y diversos mensajes que, acumulados en la memoria colectiva, configuran una globalidad significativa capaz de influir en los comportamientos y determinados” (Costa, 1992, p.20); “...estructura mental de la organización que se forman los públicos, como resultado del procesamiento de toda la información relativa a la organización” (Capriotti, 2013; p.30); “la que un determinado público percibe sobre una organización a través de la acumulación de todos los mensajes que haya recibido” (Ind, 1992, p.6)

Por su parte Bustamante (2013) a través de Arranz (1997) señala que la construcción de la imagen corporativa apunta al rol protagónico de la comunicación, y que la imagen corporativa se divide en 03 niveles:

Lo que la empresa dice, es decir la expresión de la identidad mediante la utilización de determinadas estrategias de comunicación; lo que la empresa realmente es y hace, manifestado en su comportamiento organizacional cotidiano; lo que los demás dicen de ella, es decir la opinión pública (p. 121)

De manera similar Villafañe (1999) nos habla de los mismos conceptos, pero en 03 definiciones importantes:

“Comportamiento corporativa, comprende las actuaciones de la empresa en el plano funcional y operativo de sus procesos productivos. Es el resultado de sus políticas...” (*Imagen funcional*); cultura corporativa, es la construcción social de la identidad de la organización, es decir, el modo que tiene la organización de integrar y expresar los atributos que la definen ... es el modo de ser y de hacer de la organización (*Autoimagen*); personalidad corporativa, conjunto de manifestaciones que la empresa efectúa voluntariamente con la intención de proyectar una imagen intencional entre sus públicos a través de la... comunicación. (*Imagen intencional*)” (pp.31 – 32)

Entonces se puede concluir que la imagen es la proyección de la expresión interna de la organización, de cómo se ve ella y en función del cuál actúa (identidad). Por lo tanto, siendo nuestro interés de investigación analizar un proceso interno, nos enfocaremos precisamente en esa imagen interna (constituida o no por una Unidad funcional de comunicación) que es el inicio de lo que se va a mostrar o expresar frente a nuestros públicos externos.

Citando a Bustamante (2013) la imagen corporativa interna se construye a partir de los siguientes elementos:

Percepción del clima de comunicación; percepción sobre identificación e integración como elementos del clima organizacional; percepción de la situación actual de la organización en cuanto a logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control); cultura corporativa: misión, visión y valores (congruencia entre su formulación y la realidad institucional, aceptación e identificación de los públicos internos con éstos, formas de ver y hacer las cosas dentro de la organización) (pp. 199)

3.6 Cultura organizacional

Existen varios tipos de definiciones de cultura corporativa u organizacional, entre ellos “sistema de significados compartidos por los miembros de una organización, que la distinguen de otras” (Stephen Robbins y Coulter; 2004, p.525); “abarca los valores tomados por sentado, las expectativas y las memorias colectivas presentes en una organización. Representa “cómo son las cosas por acá”. (Cameron K. y Quinn, R. 2006; p. 16); “patrones de conducta y desempeño que se manifiestan en diferentes dimensiones de las organizaciones” (SEKN, 2006; p. 85); “conjunto de valores y normas compartidas por los integrantes de una organización, que controlan las interacciones entre ellos y con otras personas externas a la misma” (Jones G., 2008; p. 177)

La cultura refleja la identidad organizacional, y lo expresa en todas sus formas posibles. Como señala Villafañe (1993) es el inconsciente colectivo convertido en un conjunto de comportamientos.

Algo que podemos destacar es que la cultura organizacional va más allá de los objetos, personas, actividades o rituales que distingue a una organización en particular; la cultura es el conjunto de significados compartidos dentro de la organización los cuales están en el campo de la subjetividad y por lo cual cada individuo valora de manera distinta una acción determinada. Pese a ello, la cultura organizacional está constituida por

patrones de comportamiento, de motivación, de pensamiento, de organización que el trabajo colectivo logre sus objetivos. Podemos decir que la cultura es un factor de cohesión, implicación y edificación para cada individuo en relación a su trabajo.

Según Bustamante (2013) el tema de la cultura en el campo de la salud puede analizarse desde dos perspectivas.

La primera de ella es la cultura organizacional y el servicio de salud. En el caso de los programas de salud ocupacional y de prevención de enfermedades, éstos tienen una forma compartida de servir a los empleados, y presentan indicadores de satisfacción a fin de poder atender a las personas de una manera óptima. Tenemos la empatía, la capacidad de respuesta, la confiabilidad, la capacidad de escucha, la seguridad, la privacidad, entre otros, que conforman los patrones de comportamiento de cada especialista y servidor (médico, enfermera, administrativo) que es parte de la organización de los programas de prevención de enfermedades laborales. En otras palabras, se busca que el servicio esté enfocado en las personas y es allí donde la razón de ser de todas las acciones es concreta y objetiva.

La segunda relación es la cultura organizacional y el enfoque de salud basado en la curación de la enfermedad. Hablar de prevención de las enfermedades laborales en cualquier organización en especial en los hospitales, en efecto no suscita mucho interés. Se invierte poco en medicina preventiva que evita la utilización de fármacos para mantener la salud. Y esto es porque en nuestras instituciones, hablando de hospitales, existe la creencia de que el médico es el único que puede hablar de salud y que cualquier otra persona no está en la capacidad de hacerlo. Asimismo, que mientras no haya medicamento alguno de por medio, significa que el diagnóstico fue incorrecto. Hechos como éstos, que acompañan a los enfoques educativos que reciben el personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.) en la academia profesional están basados en la filosofía de qué hacer cuando estalla la enfermedad, mas no que hacer antes de que empiece la enfermedad. No obstante, cabe mencionar que en el caso de la prevención de la enfermedad conviven dos hechos de acuerdo a la gravedad, el lado preventivo y el lado de la curación y/o rehabilitación del enfermo; pese a ello, el gran porcentaje de este enfoque de la salud, se va al componente de las conductas preventivas sin necesidad de acción médica o farmacológica invasiva alguna.

Retomando a Bustamante (2013) es claro mencionar que existen patrones culturales muy arraigados en muchas organizaciones, que por lo pronto no ayudan a que procesos de promoción de salud y/o prevención de enfermedades laborales se concreten realmente en la concepción de la salud como un estado de bienestar integral donde la persona también tiene poder de decisión frente a ella. En palabras de este autor colombiano:

Entonces el gran reto, siendo congruentes con la filosofía de la salud, con sus diversos tratados oficiales (promulgados desde la OMS) y con el enfoque positivo que se le ha dado a esta, es convertir estos escenarios en verdaderos organismos de una cultura de la salud. Sólo así los usuarios empezarán a ver también la salud desde otro enfoque, no relacionado con la enfermedad, sino con la calidad de vida y el bienestar. (...) La tarea está en transformar la cultura corporativa de estos organismos en una cultura basada en la salud (que esté pensada y estructurada para trabajar por ella), para que a su vez se apoye el cambio cultural que sobre la salud tiene la sociedad. Se necesita pasar de una cultura de la enfermedad a una cultura que promocióne (y prevenga para) la salud, y que cambie los discursos en relación con ésta para incluir nuevos referentes conceptuales y de actuación como el autocuidado y la autonomía, los entornos saludables y el equilibrio, y la ayuda mutua y el trabajo comunitario, bases sobre las que se cimienta la salud y sobre las cuales únicamente es posible lograrla. (p. 198)

3.7 Comunicación y salud ocupacional

3.7.1 Concepto de salud. La predominancia biomédica de la salud en los hospitales y por ende en la sociedad hasta antes de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), rigió la comprensión de lo que era sentirse bien corporalmente. Hasta ese momento, sin embargo, ya había algunas voces diferentes como la de Henry Sigerist, médico francés quien se aventuró a entender la salud como “una gozosa actitud, una alegre aceptación de las responsabilidades”. Desde 1948, cuando la OMS declara el primer concepto de salud, se han esbozado en la academia distintos entendimientos acerca de la salud, cada una de ellas permeada por las demandas e intereses de su época.

El primer concepto de la salud fue realizado por la Organización Mundial de Salud (1948) según OMS (1998), cuyo mérito fue allanar un concepto que sólo era un capital médico.

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (p.10)

Este concepto, en términos positivos, que por primera vez se incluya el tema mental y social como parte de las dimensiones de la salud; el concepto fue diseñado desde

lo positivo, y no desde la enfermedad; asimismo, se dejó de lado los tecnicismos médicos para darle un lenguaje popular, y finalmente, movilizó una primera ventana hacia la promoción de la salud, dado que sentenció que la salud no solo era ausencia de enfermedad.

No obstante, como señala Edilson Bustamante (2013), este concepto ha ido acarreando críticas en su semántica léxica, ya que contiene muchas limitaciones y por lo tanto, es difícil construir salud cuando las bases no son mejoradas.

Pero esta definición de la OMS, que sigue vigente en la actualidad, ha sido fuente de críticas constantes desde su aparición. Las más comunes y destacadas se refieren al carácter absolutista, subjetivo, estático y utópico de la definición. Absolutista al referirse a la idea de completo bienestar físico, mental y social, lo que deja casi en cero el número de personas sanas en el mundo. Subjetivo, ya que se refiere sólo al bienestar, algo difícilmente alcanzable y olvidándose de aspectos más objetivos como la capacidad de funcionamiento. Estático al utilizar el término completo cuando existen diversos grados de bienestar y salud, lo que está en contradicción con cualquier fenómeno biológico. Utópico al considerar que esta definición está formulada más como un deseo que como una realidad, pues parece una declaración de objetivos imposibles de alcanzar y poco operativos a la hora de entrar en acción. (p. 39)

Ante esta posición diversos autores compendiados por Bustamante (2013) han decidido emprender una redefinición del concepto de salud (ver Cuadro N° 20):

Cuadro N° 20: Conceptos de salud

Autor	Concepto / Aporte
Milton Terris (1980), médico epidemiólogo	un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades
Jordi Gol (1976), médico	Es la plena realización de cada persona sea en circunstancias favorables o adversas. Es la plenitud armónica del individuo y de la comunidad de individuos. Una forma de vida autónoma, solidaria y alegre
René Dubos(1995)	Habilidad de un individuo para funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo del que forma parte.
Ivan Illich (1986)	La capacidad de adaptación al entorno cambiante; con la capacidad de crecer, de envejecer, de curarse; y con la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz
Jake Epp (1986)	...la salud como un estado de tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar, como una fuerza básica del vivir cotidiano y como una dimensión esencial de la calidad de vida y anota: “la calidad de vida supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la capacidad de manejar e incluso modificar su entorno”
Rogelia Perea (2009)	el sentido de la salud positiva se considera como u referente de acciones dirigidas no sólo al desarrollo de las capacidades de los individuos sino también a favorecer cambios ambientales, sociales y económicos en relación con la salud

Fuente: Bustamante (2013)

La tendencia que marca la evolución del concepto de salud está dirigida hacia involucrar, no solo a los expertos ni a organismos rectores de la salud, sino a todas las personas en la construcción de la salud y el bienestar común. En segundo lugar, se ve la antesala de lo que será la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dos conceptos que marcarán fácticamente el hecho de que la salud está en manos de todos y todas. Finalmente, para fines de la presente tesis, entenderemos que la relación entre salud-enfermedad es una relación de implicancia, es decir la presencia o ausencia de la enfermedad es consecuencia de una base de comprensión y ejercicio de la salud; y que por lo tanto, el entendimiento sobre el impacto de una enfermedad en una persona o grupo social no puede quedarse en el plano de la afección biológica sino ver su correlato en lo sociocultural y viceversa, desde donde nacen nuestra valoración de la salud y de las acciones frente a la enfermedad.

Para fines de la presente investigación tomaremos el concepto de salud del ex ministro de salud canadiense Jake Epp, citado por Bustamante (2013): “La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la capacidad de manejar e incluso modificar su entorno” (p. 101)

3.7.2 Concepto de enfermedad. Mucho se hace por luchar contra la enfermedad, pero poco se hace por comprenderla. Desde las escuelas médicas, la enfermedad es vista como una afección al cuerpo humano, evidenciada a través de síntomas, que ocasiona cambios químicos, físicos, biológicos internos (alteración fisiológica) y que necesita estabilizarse. Como anota A. Peña y O. Paco (2002):

La enfermedad es por excelencia el objeto central de la medicina. Desde nuestros primeros años de estudio, cuando la conocimos sólo en “líneas”, hasta nuestros años de práctica clínica, cuando percibimos claramente el dolor que la acompaña, “la enfermedad” domina nuestro pensamiento y, en última instancia, nuestro proceder. Por ende, es importante manejar un claro entendimiento de su definición. Sin embargo, si revisáramos con mayor amplitud crítica muchos textos de uso corriente -por ejemplo, el Tratado de Medicina Interna de Harrison (1), o The pathologic basis of disease de Cotran Kumar-Robins (2)- descubriríamos que muy pocos, si acaso alguno, poseen entre sus millares de páginas, algunas dedicadas a proporcionar una “definición general” de enfermedad. Así, por paradójico que parezca, mientras que a la fecha la “oferta de conocimiento” se cuenta ya en más de cincuenta mil títulos de revistas biomédicas (3) y en más de once millones de artículos (4), el interés de cómo definir enfermedad se “evidencia” sólo en algunos artículos de difícil acceso. (p. 224)

El enfoque médico está más ligado a la profesionalización del conocimiento de la enfermedad, antes que, de la salud, que abre el alcance de la comprensión de la enfermedad hacia los estilos de vida que ocasionan las enfermedades. Para entender mejor

este proceso, Adolfo Peña y Ofelia Paco (2003) señalan cinco niveles que involucran el alcance de la enfermedad:

N1= Nivel celular. - El conjunto de todas las células: neuronas, macrófagos, fibroblastos, células sinoviales, neuroglia, células de Schwann, neumocitos, etc.; N2= Nivel orgánico. - El conjunto de todos los órganos: corazón, pulmones, cerebro, cerebelo, glándula tiroides, glándula pineal, endotelio, etc.; N3= Nivel de los tradicionalmente llamados sistemas orgánicos. - El conjunto de todos los sistemas orgánicos: sistema endocrino, nervioso, digestivo, inmunológico, sistema locomotor, etc. (p. 30)

Los primeros niveles están muy ligados al enfoque biomédico que rige en la comprensión y el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, los dos niveles restantes caracterizan a la enfermedad también como un asunto social, sobre el cual se basan los estilos de vida.

N4= Nivel social: Representado por la agrupación sistémica de diferentes humanos; N5= Nivel cultural: Representado por los sistemas conceptuales elaborados a lo largo de la historia: filosofía, ciencia, literatura, artes, ética, moral, religión, etc. (p. 30)

Estos niveles de los cuales hablan los autores, más que a una estructura conceptual, aluden a los factores involucrados en cualquier estado de enfermedad que afecta al cuerpo humano, los cuales no son aislados el uno del otro. En otras palabras, la enfermedad es un estado multisistémico (Peña y Paco, 2003).

Los autores Adolfo Peña y Ofelia Paco (2003) citan a Christopher Boorse, en una de los conceptos de enfermedad clásicos y muy ligados al campo biomédico:

La tesis básica de Boorse es considerar la enfermedad como un estado natural, libre de condicionantes normativas o de valor... de acuerdo a la cual alguien o algo son saludable sí y solo si, su funcionamiento se encuentra al mismo o por encima del nivel determinado estadísticamente para el grupo de organismos de la misma clase de referencia... Por deducción, un estado corporal es enfermo sólo si su funcionamiento no contribuye de igual o equivalente forma a los objetivos fisiológicos correspondientes a los estados sanos de organismos de la misma especie, sexo y edad. (p. 229)

La homeostasis, el equilibrio queda en el margen corporal, con la cual el nivel de riesgo de la enfermedad queda bajo la supervisión y el dominio médico, y no del individuo. Asimismo, queda de lado, los niveles 4 y 5 del cual hablan los mismos autores, que vinculan la parte sociocultural al tema sistémico de la enfermedad. Al respecto Adolfo Peña y Ofelia Paco (2003) citan a Johannes Borgstein y a la Organización Mundial de la Salud por el concepto holístico de enfermedad, que será utilizado por la presente investigación:

Las tendencias holistas... remarcan que las alteraciones funcionales no sólo deben ser de origen fisiológico o bioquímico, sino también psicológico y social. Borgstein... sostiene: "un nuevo modelo de enfermedad debe ser propuesto, tal modelo debe sostenerse sobre el equilibrio de los componentes racionales, físicos y emocionales, a fin de facilitar el proceso diagnóstico y la

relación médico-paciente”. Similarmente, la OMS define enfermedad como la alteración de cualquier orden bio-psico-social, que represente sufrimiento al individuo. (p. 230)

3.7.3 Salud ocupacional

La salud ocupacional o salud en el trabajo es uno de los grandes hitos logrados en salud pública en el siglo XX. Los centros laborales fueron los últimos en ser identificados como escenarios donde el bienestar de las personas está en juego, los cuales han sido observados y estudiados por distintas disciplinas que hoy conforman la salud ocupacional. Los conceptos de este tópico son bien variados en la bibliografía académica. Entre los principales conceptos, se entiende a la salud ocupacional como “estado de bienestar físico, mental y social del trabajador, que puede resultar afectada por las diferentes variables o factores de riesgo existentes en el ambiente laboral, bien sea de tipo orgánico, psíquico o social” (Cortés, 2002, p.26)

La definición de Cortés (2002) señala que existen tres causales o riesgos (orgánico, psíquico, social) que componen lo sistémico de la salud ocupacional que muchas veces no ha sido gestionado de esa forma, preponderando solo biológico.

Otros autores como García, Benavides, y Ruiz-Frutos en Gómez (2007) también hablan del imperativo de analizar la salud ocupacional desde una perspectiva integral, entrelazando el análisis de la relación ambiente laboral y las capacidades del trabajador:

la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo; y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador. (p. 109)

Si las capacidades del trabajador suponen un fuerte para la mejora de la salud ocupacional tiene su respuesta en el tipo de abordaje que asume una organización. Entre otras definiciones del tema, tenemos a Betancourt en Gomero, Zevallos y Llap, (2006) quien extiende el alcance de la salud ocupacional aun marco solo organizacional y le conexas a la dinámica social de cada trabajador:

La Salud Ocupacional tiene como objeto de estudio la relación entre el proceso de producción y las consecuencias hacia la salud de los trabajadores, orientándose, entonces, hacia los procesos sociales, para lo cual utiliza tanto a las ciencias naturales como a las sociales. (pp. 106 - 107)

En resumen, la salud ocupacional no solo son técnicas, ni métodos de gestión sino también son formas de comprender al trabajador en su devenir en la organización, que pasa por establecer que el trabajador es un ser humano antes que un recurso

organizacional y con base a ello, establecer políticas y estrategias capaces de hacer del trabajo un lugar seguro y contribuidor a la salud.

[La salud ocupacional] es el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan (...) El desarrollo de la salud ocupacional, debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios, sectores gubernamentales, instituciones y asociaciones involucradas. Para proyectar y ponerla en práctica es necesaria la cooperación interdisciplinaria y la constitución de un equipo, del cual tiene que formar parte el médico de los trabajadores (Organización Panamericana de la Salud citada por Gomero, Zevallos y Llap, 2006, p. 107)

3.7.3.1 Objetivo de la salud ocupacional. El objetivo de la salud ocupacional es reducir riesgos de contraer enfermedad o mortalidad dentro del ambiente laboral. Al día de hoy, se ha identificado y tipificado los factores de riesgo los cuales van desde las condiciones climáticas internas del ambiente laboral, la calidad de la infraestructura, contaminación y contagios, hasta la forma de organización del trabajo. Hacemos un especial énfasis en el factor organización del trabajo porque es el menos tomado en cuenta si se trata de promover la salud ocupacional, y porque en ella se percibe más el plano de relaciones entre los actores de una organización.

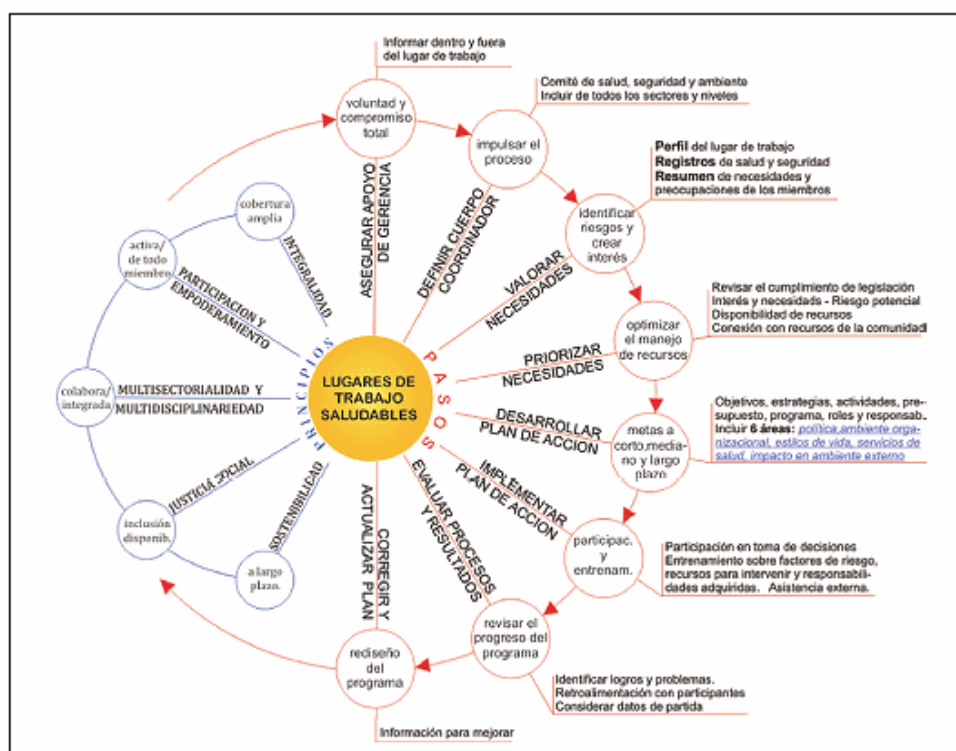
Cuadro N° 21: Factores de riesgo y sus características

FACTORES DE RIESGO	COMENTARIO
Condiciones generales e infraestructura sanitaria del local de trabajo	Protección climática adecuada, disponibilidad de instalaciones sanitarias, de agua potable, de comedores.
Condiciones de seguridad	Condiciones que influyen en los accidentes, incluyendo las características de máquinas, equipos y herramientas, seguridad general del local y del espacio de trabajo y riesgos de las fuentes de energía.
Riesgos del ambiente físico	Condiciones físicas del trabajo, que pueden ocasionar accidentes y enfermedades. Por ejemplo, ruido, vibraciones, condiciones de temperatura.
Riesgos de contaminación química y biológica	Exposición directa a contaminantes químicos o biológicos, por ser parte del proceso de trabajo.
Carga de trabajo	Exigencias de las tareas sobre los individuos: esfuerzo físico, posturas de trabajo, manipulación de carga, exigencias de concentración.
Organización del trabajo	Forma en que se organizan las tareas y se distribuyen tiempo de trabajo, funciones y ritmo.

Fuente y elaborado por: Parra (2003)

3.7.3.2 El proceso comunicacional de salud ocupacional. El proceso de salud ocupacional es muy complejo, dado los diferentes campos disciplinarios que se intersectan en ella con la finalidad de proveerle un enfoque, metodologías y técnicas de acción. Por ejemplo, podemos determinar el proceso epidemiológico de la salud ocupacional, o el proceso de intervención médica o de promoción de la salud. Lo cierto es que hay un proceso donde convergen distintos actores, pasos y principios que rigen las decisiones e impactos en la salud de los trabajadores. A propósito de esto, las autoras Muñoz Alba y Castro Eliana (2010) han elaborado una propuesta de proceso desde la perspectiva de la promoción de la salud ocupacional, que al margen de contener las etapas de cómo gestionar la promoción, alude a los pasos de un programa general de salud ocupacional que va desde el compromiso con este tema, pasando por la identificación de los riesgos, la elaboración del de la estrategia, la evaluación y mejora.

Gráfico N° 06: Pasos de un programa general de salud ocupacional

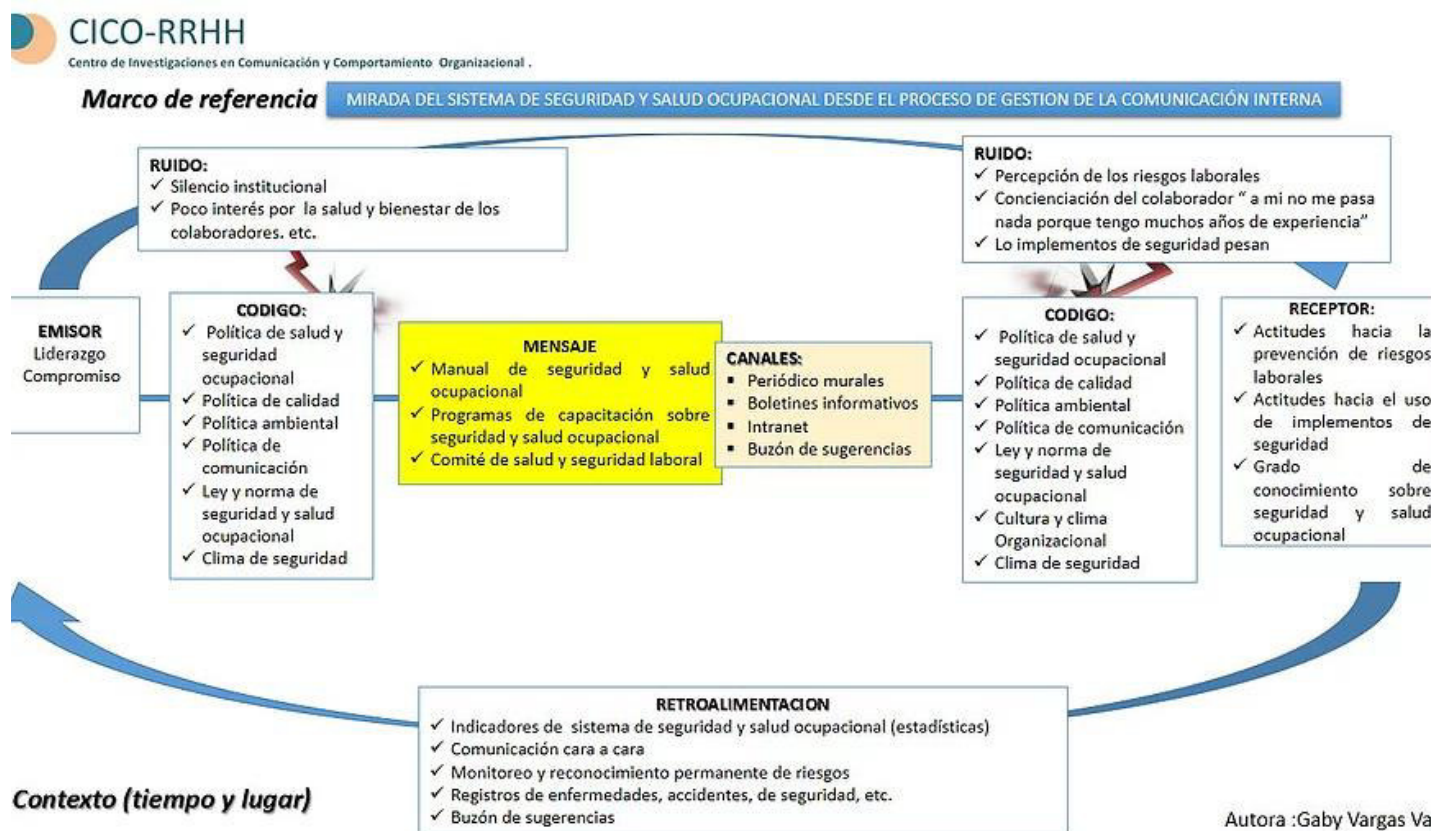


Fuente: Adaptado de Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces (1999) y Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe (2000)

Las autoras hacen un cruce metodológico entre los pasos y principios en relación al proceso de salud ocupacional, lo cual permite observar los puntos críticos de los pasos,

que vistos desde la realidad en muchas organizaciones parecen omitir temas como la participación y empoderamiento del trabajador, la sostenibilidad, la multidisciplinariedad entre otras. La omisión de alguna de ellas, contradice una verdadera propuesta al fortalecimiento de la salud en el trabajo, por tal motivo su importancia deberá ser inherente en la gestión. Ahora bien, el proceso de comunicación de la salud ocupacional sintetiza el fenómeno de la interacción humana en el marco organizacional-sectorial cuya dinámica orienta el impacto de las acciones tanto de promoción como de prevención en salud, en pos de lograr lugares de trabajo saludables.

Gráfico N° 07: Mirada del sistema de seguridad y salud ocupacional desde el proceso de gestión de la comunicación interna



Elaborado por: Dra. Gaby Vargas Vargas (2010)
Recopilado de: Website CICO-RRHH
<http://gabyvargas1.wixsite.com/cico-rrhh/servicios1-c>

A través del diagrama anterior, la experta en comunicación organizacional peruana Gaby Vargas⁶ demuestra la dinámica de los distintos elementos del proceso de la gestión de la salud ocupacional. Analizando desde el emisor que podría ser la Alta Dirección, a través de su área de Recursos Humanos, o de Comunicaciones, o de Gestión de Calidad; y desde el receptor, que podrían ser los jefes de mandos medios, o los mismos trabajadores de planta, se puede analizar que estos actores no solo están constituidos por conocimientos sino también por actitudes y valoraciones frente al tema. Este modelo sistematizado por la autora, ve al receptor como sujeto activo y propositivo cuyo aporte al éxito de cualquier programa de salud ocupacional es ineludible.

Asimismo, en dicho diagrama, se puede observar la identificación de los ruidos comunicacionales que ponen en peligro la efectividad de los mensajes, entre las cuales se encuentra uno en particular que está muy camuflado en la gestión de la salud ocupacional: la comunicación es anterior a las acciones de vigilancia y de seguridad que aportan otras disciplinas a la salud ocupacional. Cabe resaltar que la comunicación no reemplaza, por ejemplo, una infraestructura que no permite la prevención de la enfermedad, o la falta de insumos para la protección de los trabajadores; antes bien, la comunicación genera alineamiento al personal y notoriedad de las estrategias, pero sobre la base de la eficiencia de los insumos y recursos de todo programa o estrategia de salud ocupacional debe tener.

El contexto y el marco de referencia son otras de las piezas importantes del proceso que provee mayor significado a la salud en los lugares de trabajo. El contexto porque fortalece la construcción del campo de acción de salud ya sea por la coyuntura política, económica, social, tecnológica, etc.; y el marco de referencia que activa los principios de la salud ocupacional a través los distintos enfoques disciplinarios y su influencia en la determinación de los tipos de acciones en salud ocupacional.

La autora Gaby Vargas (2010) nos desafía a analizar la integralidad del proceso comunicacional, en este caso y para fines de la tesis, del proceso de la comunicación interna en salud ocupacional. Nos obstante ¿cómo se ha ido entendiendo la comunicación

⁶ Gaby Vargas Vargas es catedrática de Comunicación Organizacional de la facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente es también directora del Centro de investigaciones en comunicación y comportamiento organizacional CICO-RRHH, desde donde trabaja propuestas metodológicas relacionadas con la salud ocupacional. La profesora Vargas tiene un doctorado en Psicología Organizacional.

interna en la salud? ¿Cuáles son los aportes concretos en materia de gestión que entrega la comunicación interna al campo de la salud (ocupacional)?

3.7.3.3 Prevención de la enfermedad y salud ocupacional

Nuestro tema de investigación se encuentra dentro del campo de la salud ocupacional. Es cierto que nuestra prioridad de investigación no es la salud como tal, porque nuestro tema es la comunicación interna; sin embargo, es menester saber cómo se constituye este espacio donde se encuentra el fenómeno de nuestro interés y asimismo, analizar cómo se transforma a partir de él.

Dentro de la salud ocupacional, revisaremos todo lo relacionado a la prevención de la enfermedad, dado que analizaremos la estrategia de lucha contra la tuberculosis en trabajadores ocurrida en una institución hospitalaria. Sin embargo, como veremos a continuación el tema de la prevención no va separada de la labor de promoción de la salud. La labor de prevención de la enfermedad se focaliza en un tema específico, y la promoción de la salud amplifica su accionar; esto nos permite concluir que la prevención y la promoción en salud se necesitan en un trabajo efectivo en salud.

A continuación, se realizará la conceptualización de lo que es *enfermedad, salud, prevención de la enfermedad, y salud ocupacional*.

3.7.3.4 Concepto de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. La prevención de la enfermedad (PVE) tiene un componente biomédico predominante; el porcentaje de participación de los individuos en las decisiones es minoritario o casi nulo, lo cual convertiría a la prevención de la enfermedad en un proceso hermético sino fuese porque algunos especialistas, con ciertas limitaciones, vienen haciendo de la PVE un espacio de participación pública a través de políticas y estrategias; no obstante, existe la promoción de la salud, cuya plataforma de acción tiene muchas pistas o derroteros por donde la prevención de la enfermedad puede resituarse.

A continuación, esquematizaremos tanto la prevención de la enfermedad y promoción de la salud que la presente investigación trae a colación, ya que a nuestro criterio ambas, son pilares que sostienen el marco de comprensión de la lucha contra la tuberculosis en los trabajadores en el Hospital Nacional Hipólito Unánue.

3.7.3.5 Prevención de la enfermedad

Muchos programas de salud que se ofrecen en el mercado de la salud sea pública o privada, tienen un enfoque de la prevención de la enfermedad (PE). Parten de una realidad patológica y buscan maneras de evitar o aminorar riesgos. La prevención de la enfermedad tiene algunas definiciones importantes.

[Es el] conjunto de actividades aplicadas a los individuos o los grupos en riesgo con el propósito de evitar la aparición de un daño a la salud o de mitigar sus efectos; su interés es patocéntrico (se interesa especialmente en la enfermedad) y sus métodos —muy influidos por la tradición médica en la que se originaron— se agrupan en cuatro tipos: a) reducción y control de factores de riesgo para la enfermedad, b) aplicación de medidas de protección específica a los sujetos en mayor riesgo de daño (cinturón de seguridad, casco protector, vacunas, quimioprofilaxis), c) acciones de detección precoz y tamizaje de la enfermedad y d) acciones de intervención precoz, en la fase asintomática. (Gómez R. y González E., 2004, p.91)

La prevención en salud “exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad” (Leavell & Clarck, en Czeresnia D., 2008, p.94)

La prevención de la enfermedad parte de un discurso científico que busca controlar la expansión de enfermedades ya sean transmisibles o no transmisibles que ocasionan daños en la población.

Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. La base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud. (Leavell & Clarck, en Czeresnia D., 2008, p. 94)

Sin embargo, hoy las investigaciones y trabajos de campo realizados demandan que la PE no solo observe la realidad desde un lente biológico sino también desde la multicausalidad de la enfermedad, lo cual permitirá conocer nuevos fenómenos y tratarlos según corresponda. El tema de fondo es que la enfermedad como tal no solo tiene una sola explicación.

Hay que tener en cuenta que la (...) prevención de la enfermedad se desarrollan en escenarios complejos de vida, con procesos multifactoriales muy sensibles a un contexto siempre heterogéneo y cambiante y donde la evidencia de efectividad respecto a resultados finales es a veces difícil de demostrar. (Ministerio de Sanidad, 2013, p. 19)

La multicausalidad ha generado que hoy la prevención de la enfermedad tenga tres diferentes tipos de abordaje aplicados en el campo de la salud: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico; ella ha sido definida como “la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria).” (López J., González F., Esteles E., Prieto F., 2013, p.3).

3.7.3.6 Características de la prevención de la enfermedad

Una de las interpretaciones de lo que es prevención de la enfermedad (PE) está relacionado con la idea de *tratamiento*. Como se sabe, la prevención se enfoca con la persona en riesgo de enfermedad, y por lo tanto la imperiosidad de una intervención médica es ineludible. Asimismo, la comprensión de la prevención de la enfermedad ha estado relacionado con el estudio de la presencia de factor(es) de riesgo que condicionan la permanencia o el grado de la enfermedad lo cual ha sido preponderante en los estudios epidemiológicos y en la aplicación para la investigación a nivel poblacional, como entiende Gómez R. y González E. (2004); sin embargo, para fines de la presente investigación queremos agregar a las características propias que se alinean a este enfoque médico, aquellos rasgos desde la perspectiva de la dinámica social de la prevención de la enfermedad (ver Cuadro N° 22):

Cuadro N° 22: Concepto de enfermedad desde la perspectiva médica y social

Perspectiva médica	Perspectiva social
La PE está relacionado con un <i>tratamiento del enfermo</i> .	La PE está relacionado con la inclusión de “el refuerzo de habilidades y competencias de la población para que pueda enfrentar el desafío de problemas futuros”
Modelo de intervención basado en factores de riesgo de la salud	Modelo de intervención basado en procesos de riesgo de la salud
En algunos programas de PE según este modelo, no se prioriza a los factores de riesgo a intervenir, y su abordaje es de manera aislada y sin conocer las asociaciones de los riesgos.	En programas de este tipo, se trabaja en base a prioridades y necesidades de la población, y se mira de manera integral o ecológica.
Los indicadores que asumen son de tipo negativos o simplemente de índole epidemiológica, dejando de lado, el lugar de los factores protectores y determinantes sociales.	Se consideran indicadores, o temas de análisis a otros determinantes de la enfermedad, que trazan el campo de las ciencias médicas.

Fuente: Gómez R. y González E. (2004). Elaboración propia

3.7.3.7 Niveles de actuación de la prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad hoy se basa en tres ejes de trabajo, las cuales hacen un todo integral en la disminución de riesgos de salud a la que están expuestas la población. La prevención primaria, se concentra en evitar la enfermedad, mientras que la secundaria y tercera trabaja desde la enfermedad presente en el individuo.

A continuación, se detalla un poco más acerca de estos tres ejes de la prevención de la enfermedad:

Cuadro N° 23: Tipo de prevención de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria

Prevención primaria	“es un nivel de intervención del proceso patógeno constituido por todas aquellas acciones que se realicen en una población sana con la intención de evitar que los sujetos se expongan a una noxa o factor de riesgo. La prevención primaria comprende dos tipos de acciones: a) fomento de la salud (llamado por algunos prevención universal) que se refiere al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas de manera colectiva (por ejemplo, la fluoración del agua, la señalización de vías y el saneamiento ambiental) y b) protección específica (prevención selectiva), noción que se refiere al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas individualmente a ciertos sujetos que están expuestos a un riesgo particular (por ejemplo, el casco en los obreros de construcción o el cinturón de seguridad en los conductores)”
Prevención secundaria	“comprende dos tipos de acciones: a) el diagnóstico acertado y precoz, actividad relacionada con la evaluación individual periódica y con los programas de tamizaje (screening) y b) el tratamiento apropiado y oportuno, que implica el desarrollo de servicios asistenciales de tipo curativo y reparativo.”
Prevención terciaria	“es el nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas entre los enfermos que han presentado complicaciones, con el fin de evitar la invalidez o la muerte temprana y rehabilitarlos”

Fuente: Gómez R. y González E., 2004, p.89 – 90. Elaboración propia.

Entre lo que podemos observar es que parte del eje primario está el fomento de la salud, que vendría a ser la complementariedad de la PE con la promoción de la salud porque sale del ámbito de la enfermedad para ver aspectos contextuales y esenciales que puedan afectar la salud del individuo. Sin embargo, no completa la integralidad de la promoción de la salud porque no busca *per se* el cambio de estilos de vida (aunque detecta comportamientos de riesgo), ni busca la autonomía del individuo frente a su salud (ya que sigue siendo un ámbito de especialistas); solo busca proveer información y atender aspectos esenciales o estructurales de la salud.

Otro hecho, hecho importante es desligar el hecho de que la PE solo atiende el escenario antes de la enfermedad. El ejemplo de la prevención terciaria nos pone en un plano donde incluso se puede hacer prevención de la enfermedad para evitar invalidez o la muerte temprana.

Para una mayor comprensión, los autores Leavell y Clark en Juan César García (2010) esquematizan cómo se desarrolla la PE desde un periodo pre-patogénico hasta un periodo patogénico.

Cuadro N° 24: Paradigmas de la prevención de la enfermedad

PARADIGMA No. 1

Período pre-patogénico			Período patogénico		
------------------------	--	--	--------------------	--	--

PARADIGMA No. 2

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria	
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación	

PARADIGMA No. 3

Conducta preventiva en estado de salud	Conducta preventiva en estado de enfermedad	Conducta preventiva en estado de incapacidad. Convalecencia o estado terminal
--	---	--

PARADIGMA No. 4

Conducta de los miembros del equipo médico con referencia a las acciones preventivas primarias	Conducta de los miembros del equipo médico con referencia a las acciones preventivas secundarias	Conducta de los miembros del equipo médico con referencia a las acciones preventivas terciarias
Transmitir información sobre salud a través de los canales más apropiados. Proporcionar medios adecuados y accesibles que permitan a la población tomar medidas preventivas.	Lograr del paciente información suficiente y confiable. Mostrar cordialidad e inspirar confianza al paciente. Actuar firme e inequívocamente frente a los pacientes, a la familia y a los colegas, sin ser dominantes, pasivos o vacilantes. Comportarse de acuerdo con las expectativas incorporadas al papel profesional correspondiente.	Apoyar psicológica y socialmente la incorporación del paciente a su vida diaria. Ayudar a la creación en el paciente de una nueva identidad, de acuerdo con su condición física. Ofrecer oportunidades para una recuperación rápida. Entrenar a los pacientes para la vuelta a una vida activa socialmente.

Fuente y elaboración: Leavell y Clark en Juan César García (2010)

3.7.3.8 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La promoción de la salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE) son las bases de la salud. Ambas se complementan y confluyen en la comprensión y acción sobre la salud, desde diversos espacios sean académicos, sectoriales, comunitarios, familiares. Ambas han tenido históricamente diferencias estratégicas muy marcadas que se han observado a través de muchos enfoques de implementación y evaluación de la PS y PE, pero por sobre todo han sido producto de grandes cambios en su comprensión que hoy los podemos ver cada vez más amalgamados dentro del proceso de la concretización del

bienestar individual, comunitario y poblacional. Uno de las primeras comprensiones de la prevención de la enfermedad y su relación con la promoción de la salud lo propuso la Organización Mundial de la Salud (1998), que señala que

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la *promoción de la salud*. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del *sector sanitario*, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. (p. 13)

Entre las principales diferencias que existen entre estos dos pilares de la salud se encuentran los siguientes:

Cuadro N° 25: Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad

PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Visión salutogénica	Visión patogénica
Modelo social	Modelo biomédico-enfoque asistencial
Actuación sobre determinantes y factores protectores de la salud	Actuación sobre factores de riesgo
Aplicación de métodos, técnicas y estrategias para favorecer las condiciones salutogénicas	Aplicación de técnicas para reducir los factores de riesgo y enfermedad o daño
Se dirige a población en general como comunidades o grupos específicos (niñez, adolescentes, adultos, mujeres, entre otros)	Primaria: se dirige a personas y grupos de riesgo Secundaria: personas o grupos posiblemente enfermos (tamizajes) Terciaria: enfermos en riesgo de complicaciones y muerte
Enfoque de derechos	Privilegia solo grupos de riesgo
Busca proteger y fortalecer la salud	Disminuir complicaciones de enfermedad
Fortalecimiento de procesos de participación social intersectorial-política	Débil participación en escenarios políticos e intersectoriales, centrada en comunidades de riesgo. Acciones puntuales
Amplia cobertura y beneficia a mayor número de personas o población	Cobertura limitada, se centra en personas afectadas. Es focalizada
Busca desarrollar potencia, potencialidades positivas y fortalezas individuales y colectivas (grupos-comunidad-nacional)	Aplicación de técnicas para evitar la aparición o avance de una enfermedad o daño
Acciones de educación e información en salud hacia el reforzamiento de comportamientos para el logro de condiciones y estilos de vida saludables	Acciones de educación e información hacia la protección de los individuos de los factores de riesgo o problemas y sus posibles causas, busca modificación de conductas de riesgo
Busca mejorar las condiciones y calidad de vida de la población. Sus resultados son de largo plazo	Busca disminuir riesgos por lo que su protección es específica. Resultados limitados a corto plazo

Elaborado por Quesada L y Picado A. (2014)

3.8 Conceptos operativos

Promoción de la salud: La promoción de la salud se entiende como “el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.”. (OMS, 1998, 10)

Prevención de la enfermedad:

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (OMS, 1998, 13)

Hospital promotor de salud:

Un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad. (OMS, 1998, 22)

Escenario para la salud: Entre muchas definiciones, se entiende por escenario de salud al “lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.” (OMS, 1998, 30)

Comunicación para la salud:

Proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. (Choque, 2005; 8)

Comunicación interna en salud:

La comunicación interna [en salud] es una actividad que persigue diferentes objetivos, que recurre a distintas estrategias y soportes de comunicación (intranet, revista corporativa, etc.), que influye en varios aspectos de la organización (procesos de gestión, procesos médicos, etc.) y que concierne a todos los empleados, por ello requiere una gestión estratégica y directiva que permita orientar esta actividad hacia la consecución de las metas globales que persigue el hospital. (Aguerrebe, 2012, 26)

Salud laboral:

Finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad. (OIT, 1998 en Aguilera, Pérez, Pozos y Acosta, 2012)

Factor de riesgo: Cualquier evento, de naturaleza orgánica, psíquica, social o ambiental relacionado con una probabilidad aumentada de que ocurra un resultado desfavorable. (Gómez R. y González E., 2004, 90)

CAPITULO IV

ESTUDIO DEL CASO

LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS Y LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE

4.1 Breve reseña histórica del Hospital

El Hospital Nacional Hipólito Unánue fue creado legalmente en 1944 como el primer Hospital Sanatorio para pacientes con tuberculosis. Luego de ser equipado fue inaugurado en 1949 por Presidente de la Junta Militar de Gobierno, General de Brigada Manuel A. Odría.

Algunos años más tarde, en 1962, este sanatorio fue convirtiéndose en un hospital con otras especialidades que hizo más compleja la categoría hospitalaria. En ese mismo año, se le nombró Hospital de Tórax, en la cual también se incluyeron otras especialidades como Neumología, Cirugía de Tórax, Gineco-Obstetricia, Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología, Nutrición y nuevos Servicios como Cardiología, Otorrinolaringología y Oftalmología. Un suceso muy similar ocurrió seis años más tardes, en la cual se incluyeron más especialidades (Medicina General, Cirugía General, Pediatría y nuevos Servicios de Traumatología, Nefrología, Neurocirugía, Urología, Gastroenterología, Cirugía Plástica, Psiquiatría y Dermatología) y asimismo se convierte en Hospital General, haciendo la complejidad médica su perfil competitivo, y desligarse de su imagen institucional vinculada solo a la lucha contra la tuberculosis y las patologías de índole torácico. Finalmente, luego de muchos cambios estructurales, el 15 de marzo de 1991 mediante R.M. 027-91-SA-DM recibe la denominación de HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNÁNUE. A través de los años el hospital ha ido fortaleciéndose en su misión institucional (en la consulta externa, hospitalización, emergencia y centros quirúrgicos), pero, asimismo, en la calidad de sus procesos. Hoy cuenta con más de 2000 trabajadores entre personal por *contrato administrativo por servicio* (CAS), nombrados y terceros, y en un contexto de cambios institucionales por la Reforma del Estado.

A inicios del año 2013, se instaura en el Hospital Nacional Hipólito Unánue el Comité de Seguridad y Salud en el trabajo (avalada según la Ley N° 29783 que aprueba la Ley de Seguridad y salud en el trabajo). Asimismo, cuenta con un área orgánica que es la Unidad de Salud Ocupacional de la Oficina de Epidemiología, quien lidera organizadamente los procesos de mejora en temas de salud ocupacional y acompaña técnicamente al Comité de Seguridad y Salud en el trabajo. Al día de hoy viene trabajando una línea estratégica que es la lucha contra la Tuberculosis en trabajadores.

4.2 Misión del Hospital

“Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural” (Plan Estratégico HNHU 2012 – 2016, pág. 54)

4.3 Visión del Hospital

“Ser un Complejo - Hospitalario de Categoría III-1, acreditado, líder y de referencia nacional, que brinda atención integral humanista con personal altamente calificado, tecnología sanitaria innovadora y altos estándares de calidad” (Plan Estratégico HNHU 2012 – 2016, pág. 54)

4.4 Objetivos estratégicos

Según el Plan Estratégico del Hospital Nacional Hipólito Unánue 2012 – 2016 los objetivos estratégicos son los siguientes:

- ***Objetivo Estratégico N° 01.***

Fortalecer la atención integral altamente especializada para el control y/o reducción de las Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y de los Programas Estratégicos con enfoque de calidad.

- ***Objetivo Estratégico N° 02.***

Fortalecer la atención integral altamente especializada para el control y/o reducción de la morbilidad Materna, Neonatal y la desnutrición de niños menores de 05 años en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y de los Programas

Estratégicos con enfoque de calidad.

- ***Objetivo Estratégico N° 03.***

Mejorar las condiciones laborales y de gestión hacia procesos eficaces, eficientes y equitativos que generen un clima laboral favorable y desarrollen competencias del personal de salud para la mejora de su desempeño incluyendo a la cooperación Nacional e Internacional en este esfuerzo para beneficio de la población que accede a Hospital

- ***Objetivo Estratégico N° 04.***

Fortalecer la Capacidad Resolutiva del Hospital acorde a la Categoría III-1 mejorando la Infraestructura, Equipamiento y tecnologías sanitarias existentes para brindar Servicios de Salud con Calidad.

- ***Objetivo Estratégico N° 05.***

Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad, propiciando el uso adecuado de los mismos.

- ***Objetivo Estratégico N° 06.***

Formular y ejecutar Proyectos de Inversión Pública dirigidos a potenciar las Políticas Sanitarias Nacionales con énfasis en la atención especializada de alta complejidad.

- ***Objetivo Estratégico N° 07.***

Homogenizar la información sanitaria y técnica administrativa mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones clínicas y técnica administrativa, que beneficie a la población que accede al hospital.

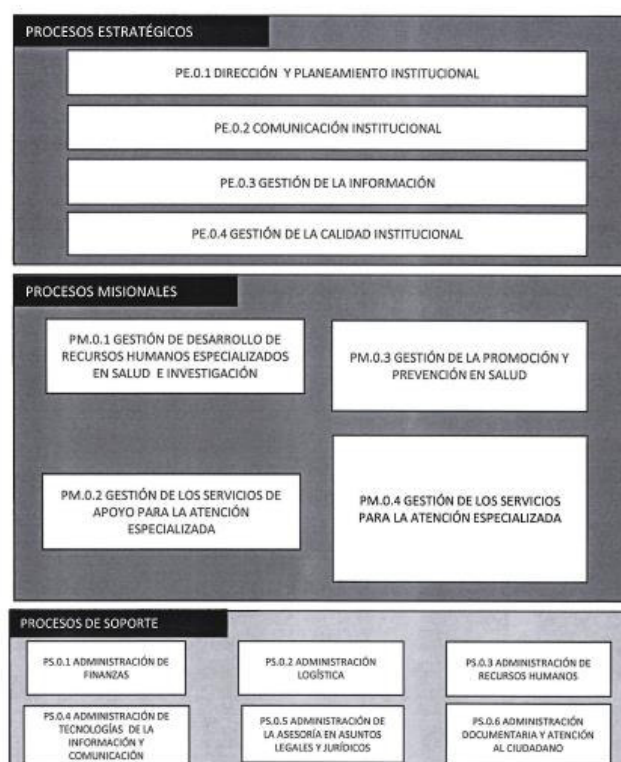
- ***Objetivo Estratégico N° 08.***

Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad en el marco de la modernización e inclusión social

4.5 Procesos institucionales

A través de la Resolución Jefatural N° 238-2014/IGSS que aprueba los Mapas de procesos de institutos, hospitales y direcciones de redes de salud, órganos desconcentrados del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Nivel Cero y Uno, así como sus correspondientes Matrices de identificación, el Hospital Nacional Hipólito Unánue tiene los siguientes procesos de trabajo:

Gráfico N° 08: Macroprocesos de gestión en salud (Instituto de Gestión de Servicios de Salud)

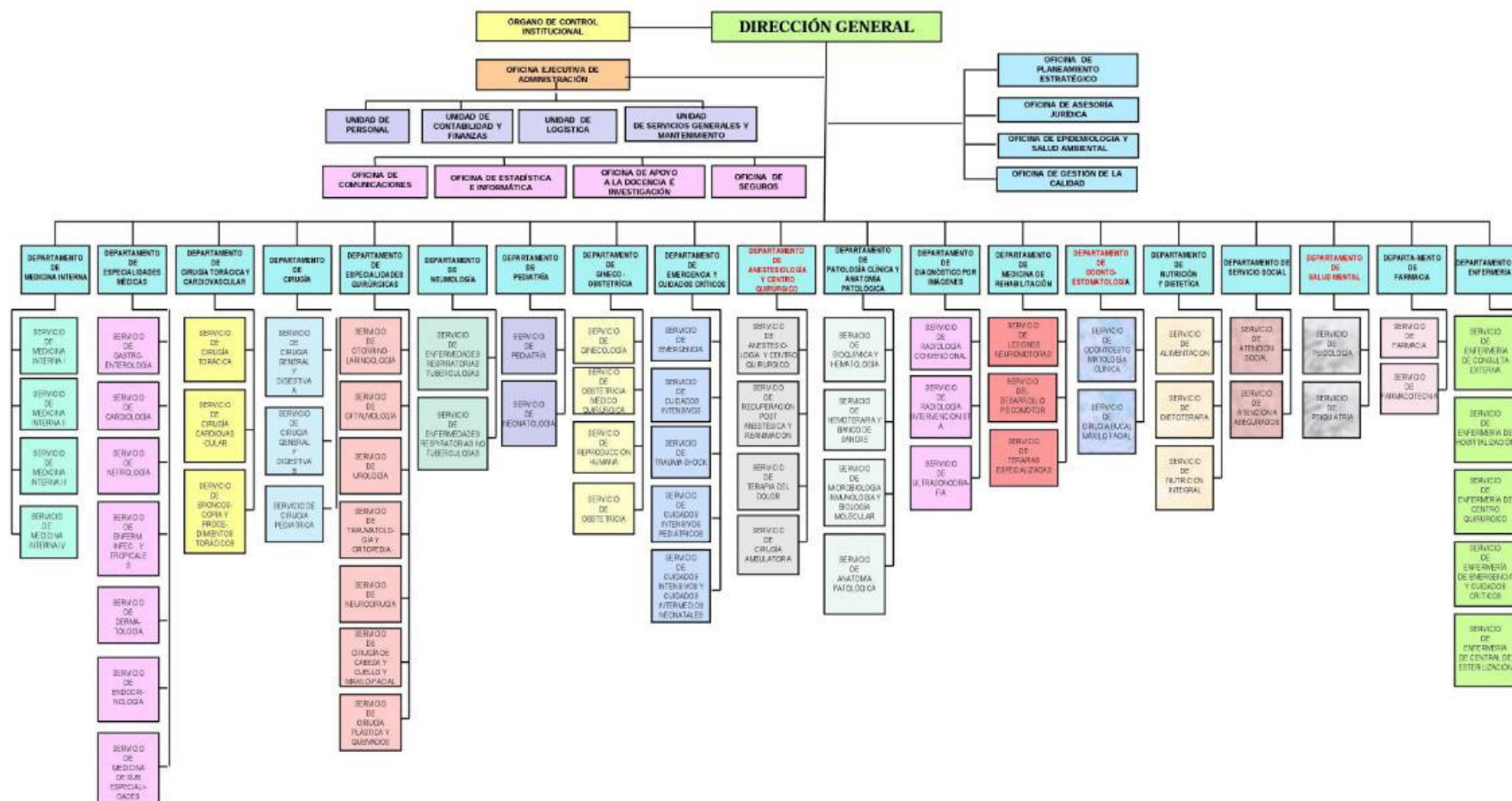


Fuente y elaboración: Instituto de Gestión de Servicios de Salud (2016)

Cabe resaltar que la implementación de este sistema de trabajo por procesos (que es parte del cumplimiento de la Modernización del Estado) se encuentra en la etapa de estructuración (realizando los Manuales de procesos), ya que este Hospital se ha desarrollado por el modelo de gestión por funciones. Por ejemplo, en el tema de Comunicación institucional aún no se trabaja como proceso estratégico; por el momento es una unidad funcional que operativiza a nivel táctico. En general, la organización se encuentra en el tránsito de pasar de una organización por funciones a una organización por procesos, cuya máxima es la flexibilidad y adaptación al paciente en todos los niveles organizacionales del Hospital.

4.6 Estructura orgánica

Gráfico N° 09: Organigrama Funcional del Hospital Nacional Hipólito Unánue



Fuente y elaboración: HNHU (2016)

El hospital cuenta con 04 órganos de asesoramiento, 05 de apoyo y 19 órganos de línea, según el Reglamento de Organización y Funciones (ROF 2012). Esta institución cuenta aproximadamente con 484 trabajadores entre administrativos y personal de servicios generales), y 1779 asistenciales entre enfermeros, técnicos enfermería, tecnólogos médicos, nutricionistas, artesanos y auxiliares.

4.7 Estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis

Estructura organizacional

A través de resoluciones directorales, el Hospital Nacional Hipólito Unánue instala el Comité de control de transmisión de la tuberculosis para varios periodos. Entre las principales unidades orgánicas se encuentran el Plan de control de la transmisión de tuberculosis Hospital Nacional Hipólito Unánue 2013 -2015, del cual se cita algunos párrafos a continuación:

- **Responsable de la ejecución**

Dirección General del Hospital Nacional Hipólito Unánue

- **Participantes**

Comité de Control de la transmisión de tuberculosis del HNHU

Comité de control de Infecciones Intrahospitalarias

Comité Multidisciplinario para la Atención Integral del paciente con Tuberculosis

Estrategia de Prevención y Control de tuberculosis del HNHU

Unidad de Epidemiología.

Laboratorio de Microbiología

Departamento de Medicina

Servicio de Neumología

Servicio de Infectología

Departamento de Enfermería

Oficina de Planeamiento Estratégico

Oficina de Apoyo a la Docencia y la Investigación

Oficina de la Calidad de la atención

4.8 Gestión de la Prevención de la Tuberculosis

4.8.1 Planificación

Comité de Control de la transmisión de tuberculosis del HNHU

Repartición de las responsabilidades

El equipo de gestión multidisciplinario compartirá responsabilidades de este Plan con los diferentes jefes de departamentos y áreas administrativas del Hospital Nacional Hipólito Unánue en lo siguiente:

1) Implementar y ejecutar las medidas administrativas establecidas en el Plan, que le compete a cada área; 2) Cumplir y hacer cumplir las medidas de control ambientales correspondiente a los niveles de riesgo de cada área establecidas en el Plan; 3) Cumplir y hacer cumplir las medidas de protección respiratoria de los trabajadores de salud de acuerdo a las áreas de riesgo; 4) Cumplir y hacer cumplir las medidas de protección respiratoria de los pacientes tanto de los que acuden a consulta externa y los hospitalizados; 5) Cumplir y hacer cumplir las medidas de protección respiratoria a los familiares que visiten a los pacientes hospitalizados en áreas de riesgo; 6) Evaluación y mejoramiento del Plan; 7) Difusión del Plan; 8) Evaluación (Plan de control de la transmisión de tuberculosis Hospital Nacional Hipólito Unánue 2013 -2015, p. 35)

4.8.2 Antecedentes

La tuberculosis es una enfermedad que ha ocasionado, a lo largo de los años, pérdidas incontables de vidas humanas a nivel nacional e internacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, la tuberculosis fue una de las 10 principales causas de muerte en el mundo, por encima el VIH y el paludismo; asimismo, ese mismo año, se registró la cifra mundial de 10,4 millones nuevos casos de tuberculosis. La tuberculosis es un problema de salud pública.

Según *Informe de Tuberculosis Nosocomial años 2011 al Primer Semestre 2016* HNHU el Perú es uno de los países donde esta enfermedad sigue vigente.

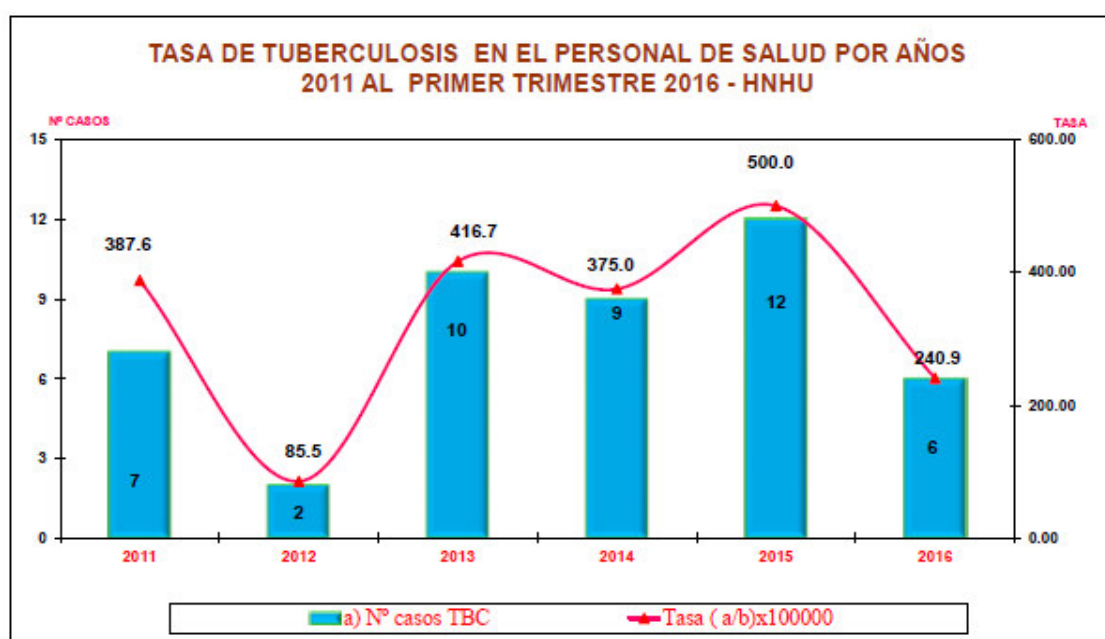
El Perú concentra el 25% de todos los casos de TB de la región y comparte con Haití el primer lugar en TB MDR, con altas tasas de incidencia y morbilidad, tal es así que en los últimos años hemos recibido el reporte de 35,000 casos nuevos de TB por año. En Lima y Callao se concentran el 58% de los casos de TB MDR y 90% de los casos extremadamente resistente (XDR). (p.4)

Asimismo, a través de este informe se conoce que entre los distritos donde se concentra la mayor tasa de morbilidad de tuberculosis es El Agustino⁷, donde se encuentra el Hospital Nacional Hipólito Unánue. Este nosocomio tiene la mayor concentración de demanda en tratamiento de la TBC de todos los casos de Lima Metropolitana, entre los cuales están los distritos más grandes como San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores entre otros.

Además, el nivel de conversión en emergencia y hospitalización del HNHU es alto, lo que pone en riesgo de infección a todos los trabajadores dado que el paciente viene sin diagnóstico por otros servicios; sin considerar que está demostrado un alto riesgo de transmisión por las rutas TB que están más concentradas en nuestra jurisdicción y en las cuales vienen nuestros trabajadores. (2016; p.4)

Los casos de contagios en trabajadores alrededor de los últimos 06 años han sido constantes con cierta tendencia a subir entre los años 2013 – 2015, lo cual deja en evidencia lo impredecible de las estadísticas, pese a haber un gran control.

Gráfico N° 10: Tasa de tuberculosis en el personal de salud por años 2011 - 2016



Fuente: Registro Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA).

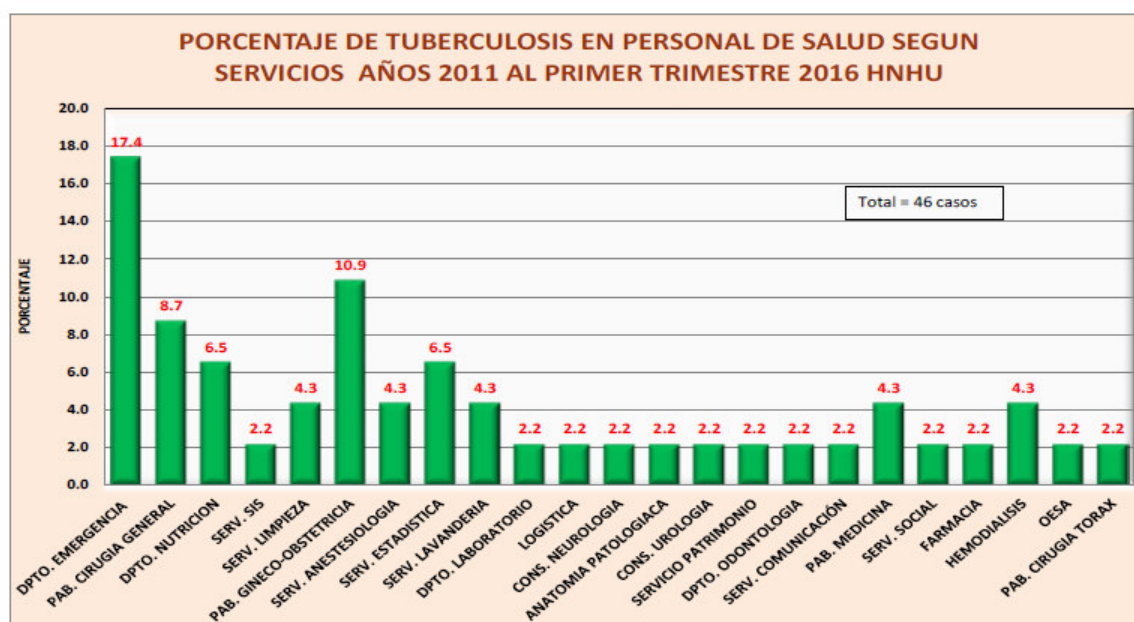
Como se puede apreciar hasta el año 2015, la tendencia fue convirtiéndose en una amenaza para la salud ocupacional. Como señala el Informe en mención:

⁷ Este distrito, junto a, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, Chosica, Huaycán, Cieneguilla entre otros, pertenecen a la DISA IV LIMA ESTE. Véase en <http://www.limaeste.gob.pe/> la cual frente a otras DISA tiene la tasa de 120.3 casos x 100000hab. cifra que pasa el promedio nacional (106 casos x 100000hab) según un reporte del MINSA

Considerándose una tasa alarmante que el comité de tuberculosis tomó medidas estrictas como: Sensibilización en el tema, placa de tórax, BK en esputo y notificación oportuna monitoreo en el uso de medida de protección, evaluación del personal que sale de vacaciones como medida de control y detección oportuna de nuevos casos. Los resultados aún exceden al objetivo general del “Plan de control de infecciones por tuberculosis” que propone disminuir la Tasa de tuberculosis en trabajadores de salud disminuyendo ligeramente para el primer trimestre del año 2016. (HNHU, 2016; p. 05).

Entre los servicios con mayor afectación es la parte asistencial, que integra al personal que está en contacto directo con los pacientes; no obstante, existen personal administrativo que también tiene cercanía con el paciente, los cuales podemos identificarlos entre los afectados en su salud.

Gráfico N° 11: Porcentaje de tuberculosis nosocomial según servicios reportados 2011-2016

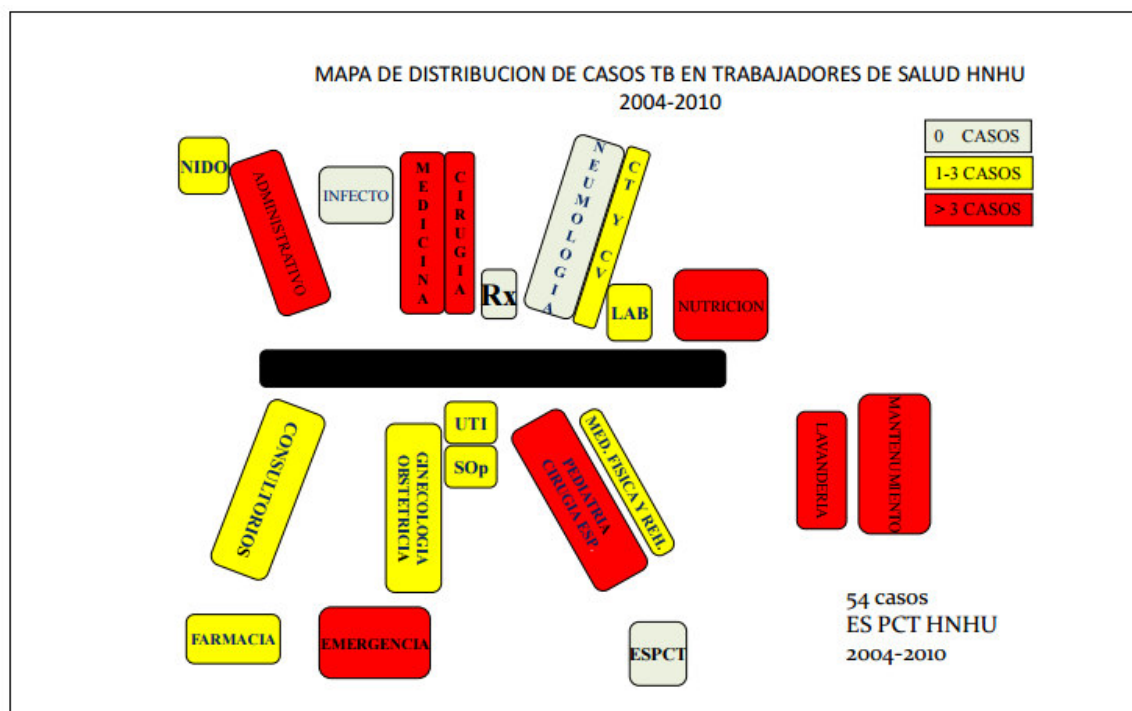


Fuente: Registro Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA).

Como podemos apreciar uno de los servicios con mayor incidencia de contagio es Emergencia, seguido de áreas de hospitalización entre otros. También se observa algunas áreas administrativas como el servicio de Estadística e Informática, de Logística, de Comunicaciones entre otros.

Si bien estos datos porcentuales de personal con tuberculosis pertenecen a un documento emitido el 2016, y muchas de las estrategias aplicadas actualmente se basan en ella, cabe resaltar que tres años antes, se diseñó un instrumento de gestión que permitió identificar la distribución de los casos de tuberculosis con los datos entre los años 2004 - 2010.

Gráfico N° 12: Mapa de distribución de casos de tuberculosis en trabajadores del HNHU



Fuente y elaborado por: Hospital Nacional Hipólito Unánue

La tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue es una situación de mucha preocupación; según especialistas en la lucha contra la tuberculosis, este hospital es el único en Lima Metropolitana y el país en tener un diagnóstico y análisis del problema de manera estructurada (entre ellas los factores de gestión y de infraestructura en la lucha contra la TBC), por lo tanto, se busca que esta ventaja pueda observarse en la implementación de estrategias hacia la mejora de la salud ocupacional.

4.9 Objetivos y metas de salud de la Estrategia sanitaria

El presente plan de la Estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis pertenece a los periodos 2013 - 2015; no obstante, al ser el primer documento que aborda el tema de la tuberculosis y la salud ocupacional, en la actualidad se sigue trabajando con la misma estructura, con algunas modificaciones propias del análisis del desempeño conseguido entre los años señalados.

A continuación, se transcribe los objetivos principales del Plan de prevención y control de tuberculosis 2013 – 2015 del Hospital Nacional Hipólito Unánue, tanto como los resultados esperados. Los procedimientos y productos de este proceso no se detallarán

en este espacio, por lo cual se insta ante cualquier interés, por indagar más a detalle, remitirse al Plan de la estrategia sanitaria mencionado líneas arriba:

- *Objetivo General*

Disminuir la tasa de incidencia de la tuberculosis BK positivo en trabajadores de salud del Hospital Nacional Hipólito Unánue de 268.8 por 100 mil TS a 100 por 100 mil trabajadores de salud

- *Objetivos Específico 1 (Medidas de Control Administrativo):*

Disminuir el riesgo anual de transmisión de la tuberculosis de 17% a 10% en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

- *Objetivos Específico 2 (Medidas de Control Ambiental):*

Disminuir el número de ambientes que tienen inadecuada ventilación de 45 a 10.

- *Objetivo Específico 3 (Medidas de Protección del Personal):*

Disminuir la tasa de incidencia de tuberculosis entre los trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue de 322 a 100 por 100 mil trabajadores de salud.

En concreto, y vistas desde la segmentación de procesos, los objetivos antes transcritos se dividen en lo siguiente:

Cuadro N° 26: Principales procesos de la Estrategia de prevención de la tuberculosis HNHU

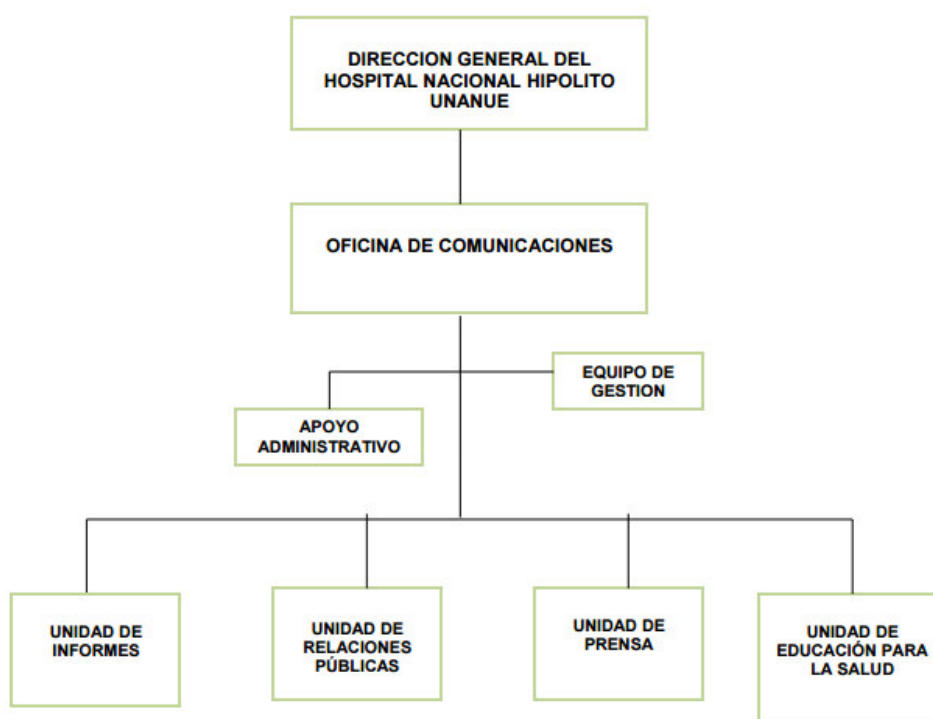
Estratégico	Misional	De soporte
Sensibilización de la Alta Dirección con el proyecto Capacitación sobre el conocimiento sobre la tuberculosis	Control de transmisión de la TBC en trabajadores Tratamiento de los infectados por la tuberculosis	Abastecimiento de materiales de prevención de riesgos y enseñanza de su uso Mejoras de la infraestructura y promoción de los ambientes de bajo riesgo

Fuente: Plan de estrategia de control de la TBC. Elaboración propia

4.10 Unidad de Comunicación del Hospital Nacional Hipólito Unánue

Según el Manual de organización y Funciones (MOF) vigente la Oficina de Comunicación consta de cuatro áreas de trabajo: Unidad de informes, Unidad de relaciones públicas, Unidad de Prensa y una unidad recientemente eliminada, la Unidad de Educación para la salud

Gráfico N° 13: Estructura de la Unidad de Comunicaciones



En el Hospital Nacional Hipólito Unánue la unidad de Comunicación es la Oficina de Comunicaciones que está integrado por 06 personas.

4.10.1 Funciones de la Unidad de Comunicación

Según el Reglamento de organización y funciones ROF – 2012 (RM N° 099-2012/MINSA), la Oficina de Comunicaciones “[e]s la unidad orgánica encargada de establecer la comunicación social, relaciones públicas y las acciones de educación para la salud, que sean necesarias para lograr los objetivos estratégicos del Hospital; depende de la Dirección General y tiene asignadas las siguientes funciones generales:

1. Identificar, ejecutar y evaluar los objetivos, metas y estrategias de comunicación social para la salud en apoyo a la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, de acuerdo a las políticas sectoriales.

2. Mantener la información actualizada a los usuarios sobre los servicios que ofrece la Institución en todos niveles de atención y accesibilidad
3. Evaluar sistemáticamente el impacto de las estrategias de comunicación social e implementar las acciones de comunicación que respalden la imagen del Hospital como parte de la imagen institucional del Ministerio de Salud.
4. Generar información sobre las actividades relevantes del Hospital para ser proporcionadas a la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud.
5. Programar y organizar las actividades protocolares, oficiales y sociales, así como la conducción de las mismas.
6. Mantener la información actualizada a través de la Página Web y portal de Transparencia Institucional”.

4.10.2 Políticas y plan de comunicaciones

La Oficina de Comunicaciones no cuenta con un plan de trabajo o plan operativo. Sus actividades son a demanda de cualquier nivel organizativo. Su enfoque de trabajo es unidireccional y de índole institucional; utiliza con mayor frecuencia el periodismo, la publicidad gráfica y el protocolo de eventos institucionales como tácticas preponderantes de comunicación.

Unidad de Comunicaciones y Estrategia Sanitaria de Prevención y control de tuberculosis

Actualmente la Oficina de Comunicaciones no participa directamente en las decisiones de comunicación de la Estrategia Sanitaria de Prevención. Desde el año 2010 hasta el 2015, no ha tenido participación en la gestión de la Estrategia sanitaria, salvo algunas ayudas puntuales en publicidad gráfica. No obstante, al margen de ello, los directivos de la Estrategia sanitaria no han obviado la necesidad de dirigir la comunicación hacia los objetivos propuestos. En ese sentido, se han elaborado tres tipos de acciones:

1. *Acciones educomunicacionales.* La Estrategia sanitaria utilizó estas acciones para capacitar y fortalecer los conocimientos del personal en relación a la tuberculosis, cómo prevenirlo y cómo detectar a un contagiado de la enfermedad. Entre los materiales usados están los videos y talleres expositivos del tema.
2. *Acciones publicitarias.* La Estrategia sanitaria realizó materiales informativos impresos para informar a los trabajadores acerca de los puntos principales que los

trabajadores debían de tener en cuenta. Asimismo, se realizaron comunicados en el periódico mural en relación a las fechas de los exámenes clínicos de despistaje de TB y las fechas de las capacitaciones.

3. *Acciones de mercadeo interno.* La Estrategia en su búsqueda de posicionarse en la preferencia de los trabajadores ha repartido bonos alimenticios por cumplir todo el proceso de prevención de tuberculosis, que pasa por realizar su examen de esputo, radiografía de tórax, charla de prevención, además de algunas vacunas.

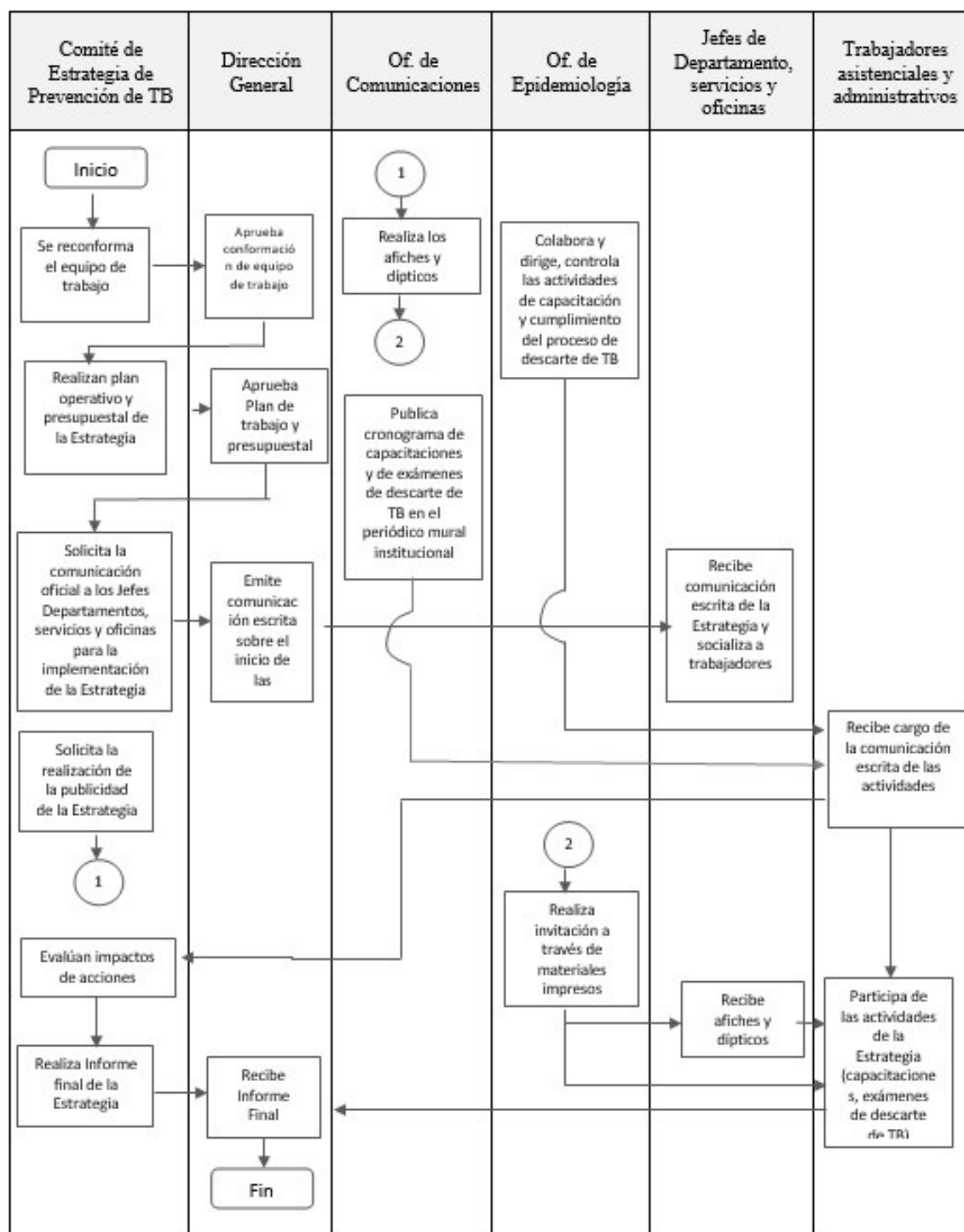
4.11 Procesos claves de la Estrategia de prevención de la tuberculosis

A continuación, se presenta el proceso general de la Estrategia de Prevención de la tuberculosis en el Hospital Hipólito Unánue, seguido de dos procesos generales importantes relacionados a la capacitación del trabajador en relación a la tuberculosis y la otra en relación a los exámenes médicos de descarte de tuberculosis por la que pasan un gran porcentaje de los trabajadores.

Cabe resaltar que es en estos procesos donde se dan los problemas de comunicación más comunes como *deficiencia en la información*, deficiente sensibilización al trabajador para que actúe preventivamente, problemas en el posicionamiento de la Estrategia en el grupo de prioridades institucionales, entre otros.

4.11.1 Procesos claves de la Estrategia de prevención de la tuberculosis en trabajadores del HNHU

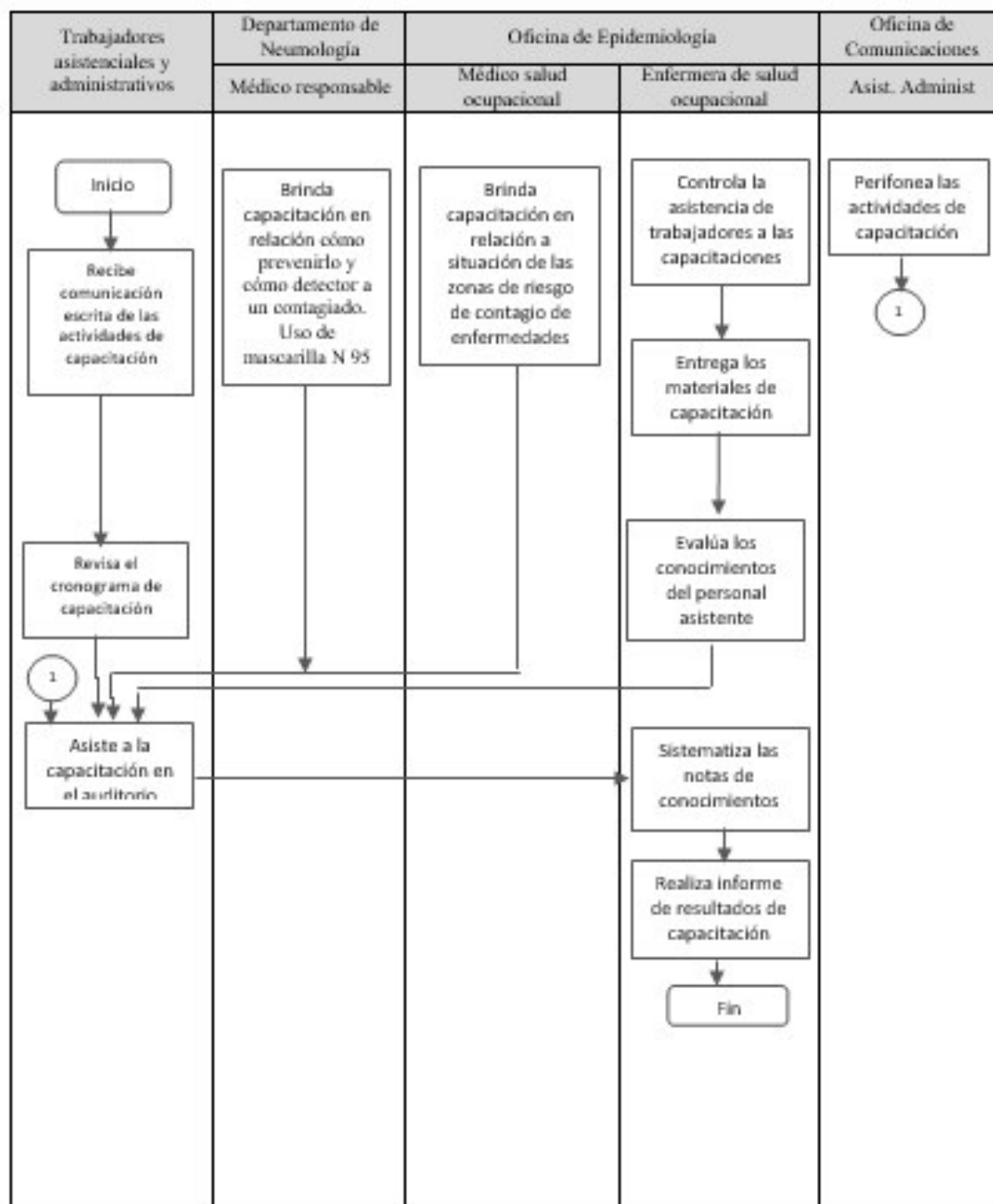
Gráfico N° 14: Proceso de difusión de la estrategia de tbc en los trabajadores



Fuente. Elaboración propia

4.11.2 Proceso de una capacitación sobre la prevención de tuberculosis

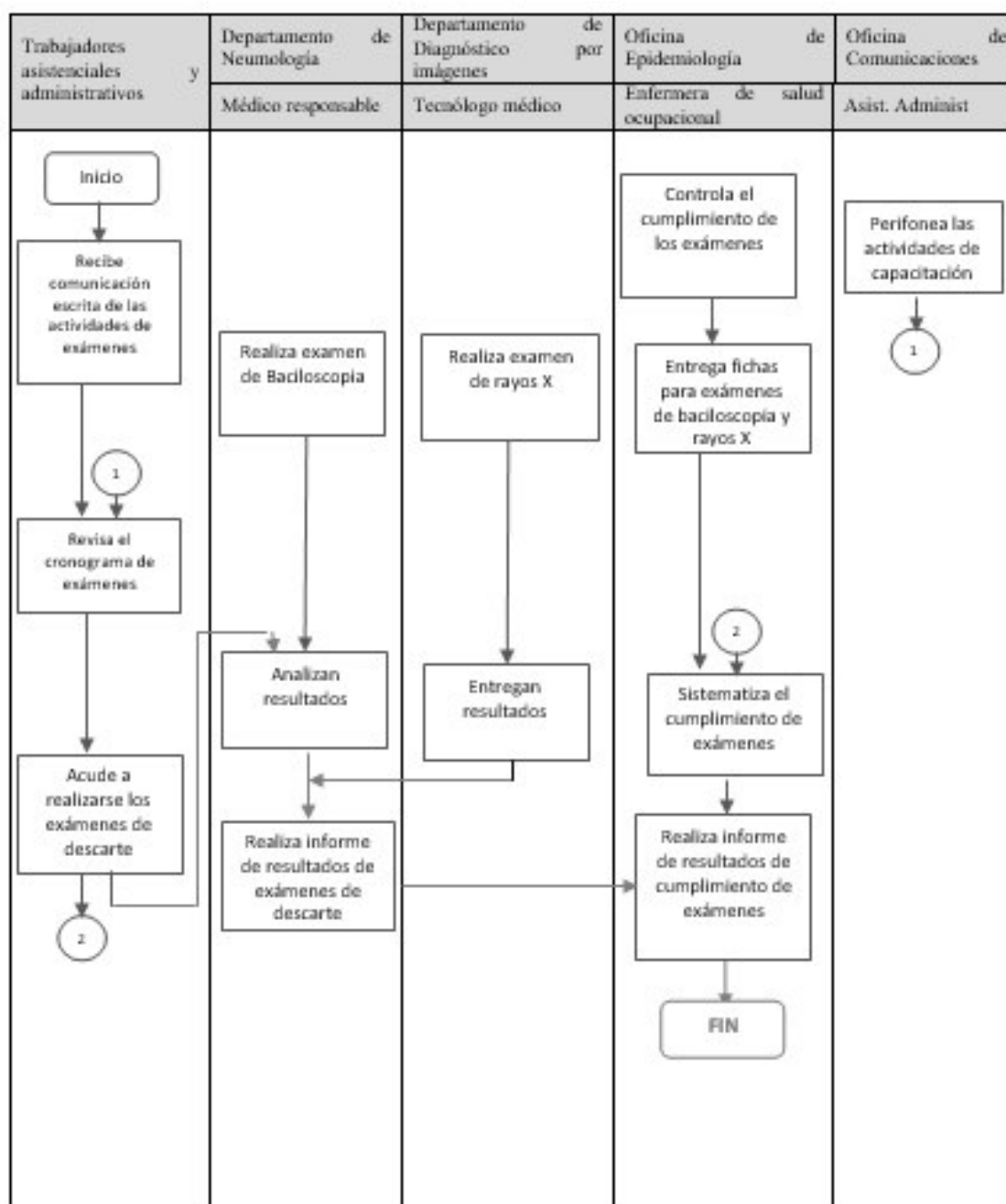
Gráfico N° 15: Proceso de una capacitación sobre la prevención de tuberculosis



Fuente. Elaboración propia

4.11.3 Proceso de implementación de descarte de tuberculosis

Gráfico N° 16: Proceso de una capacitación sobre la prevención de tuberculosis



Fuente. Elaboración propia

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Resultados de revisión documental

Según Peña (2010), “se suele llamar investigación documental al proceso de búsqueda y selección de fuentes de información sobre el problema o la pregunta de investigación” (p. 28). Para la investigación se propuso recopilar información de primera mano. Respecto a la verificación documentaria se revisaron varios tipos de documentos que por sus formatos son: escritos, visuales, audiovisuales relacionados con la estrategia de prevención de la tuberculosis en trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue.

Formato escrito:

5.1.1 Plan de comunicación interna hospitalario: Toda vez que el Hospital Hipólito Unánue cuenta con una Unidad de comunicación con más de 20 años de existencia se buscó el documento de gestión en la cual se observe las acciones de comunicación interna generales y las acciones, relacionadas con el tema de la salud ocupacional, específicamente con la Estrategia de prevención de la tuberculosis. Empero, hasta el cierre de la investigación no se reportó la existencia de dicho documento.

5.1.2 Ley y plan anual de seguridad y salud en el trabajo

En la Ley N° 29783: Ley de seguridad y salud en el trabajo del gobierno del Perú, publicado el 20 de agosto del 2011, se reconocen 09 principios rectores en las cuales, se pueden 06 de ellas aluden a las funciones de la comunicación interna, sino al espacio donde la comunicación interna pueda desempeñarse. (Ver Anexo 04: Principios rectores de la Ley de seguridad y salud del Perú)

Tanto la organización del Estado, el sistema de gestión organizacional, así como los roles de los actores y los escenarios en relación a la política de seguridad y salud en el trabajo tienen componentes comunicacionales. Entre los principales artículos de la ley de seguridad y salud del Perú donde se estima una gran presencia de acciones de comunicación son las siguientes (ver Cuadro N° 27):

Cuadro N° 27: Artículos de obligaciones de los empleadores y empleados según la Ley de Seguridad y salud del Perú

Obligaciones de los empleadores	obligaciones de los empleados
Artículo 48 Rol del empleador Artículo 49 Obligaciones del empleador ⁸ Artículo 50 Medidas de prevención facultadas al empleador ⁵ Artículo 51 Asignación de labores y competencias Artículo 52. Información sobre el puesto de trabajo Artículo 54 Sobre el deber de prevención Artículo 55 Control de zonas de riesgo Artículo 56 Exposición de zonas de riesgo Artículo 58 Investigación de daños en la salud de los trabajadores Artículo 69 Prevención de riesgos en su origen Artículo 70 Cambios en las operaciones y procesos Artículo 71 Información a los trabajadores	Artículo 72 Comunicación con los inspectores de trabajo Artículo 74 Participación en los programas de capacitación Artículo 75 Participación en la identificación de riesgos y peligros Artículo 78 Derecho de examen de los factores de riesgo Artículo 79 Obligaciones del trabajador

Fuente: Presidencia de la República del Perú. Elaboración propia

- Obligaciones de los empleadores

Este ítem congrega los factores del sistema de seguridad y salud en el trabajo desde la responsabilidad del empleador. Desde un enfoque de prevención de riesgos (o contagio de enfermedades), la ley busca asegurar cada uno de los factores del proceso desde el inicio laboral del trabajador en la organización. Vemos que no solo existe una labor médica - epidemiológico, sino también administrativa y de gestión cuya dinámica se basa en un proceso de comunicación óptimo y efectivo. El empleador debe asegurar que la estructura y la gestión de la misma no solo funcione sino sea tan notorio y efectiva en sus colaboradores.

- Obligaciones de los empleados

Por parte de los empleados se busca la máxima atención y participación en el proceso de seguridad y salud instalado en su centro laboral. El empleado debe no solo sentir sino actuar en relación al sentido de importancia que merece tener un tema tan sensible como la salud, por el bien de ellos sus familias y la organización. La calidad cantidad de las interacciones e intercambios de cada trabajador supone una base de comunicación oportuna y facilitadora.

⁸ Este artículo entre otros (13, 26, 28, 32, 49, 76, etc) son parte de la modificación de la Ley N° 29783 a través de la Ley N° 30222

Esta política de estado (ley, 29783) ha brindado a las organizaciones públicas y privadas un marco de actuación. En el caso del Hospital Nacional Hipólito Unánue, se puede evidenciar en las dimensiones y actividades según el Plan Anual de Seguridad y salud en el trabajo (2015): (Ver cuadro N° 28)

Cuadro N° 28: Dimensiones y actividades principales relacionadas con la comunicación del Plan Anual de Seguridad y salud en el trabajo HNHU

Dimensiones	Actividades principales
Control de riesgo Programa de capacitación, inducción y entrenamiento Vigilancia de la seguridad Mejora Continua Gestión de seguridad y salud en el trabajo	Capacitación general y específica sobre seguridad y salud en el trabajo Elaboración de Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo Difusión de Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo Servicio consultoría para la identificación de peligros y evaluación de riesgos del HNHU Elaboración e impresión de mapas de riesgo Elaboración del Plan de Prevención y control de Seguridad y Salud en el trabajo Evaluación Médico - ocupacional y psicólogo ocupacional de los trabajadores del HNHU Implementación del sistema de registro de incidentes y accidentes

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unánue, elaboración propia

- Dimensiones

Las dimensiones son los ejes de actuación. Cada una de ellas, supone un acompañamiento médico, así como un soporte interdisciplinario. Para el caso de control de riesgo, vigilancia de la seguridad, y la gestión de seguridad y salud en el trabajo (aludiendo a sostenibilidad) no es ajeno que a comparación de las demás, necesiten de un acompañamiento comunicacional. Se hace en la actualidad, cuyos resultados o impactos hablaremos en el siguiente capítulo.

- Actividades principales

El plan de seguridad y salud en el trabajo lo desarrolla la unidad de salud ocupacional de la Oficina de Epidemiología, ente que tiene que instalar el sistema de funcionamiento, así como direccionar los indicadores de acción.

El alcance de las dimensiones, así como la realización de las actividades principales según las experiencias sostenidas por la institución, tienen un gran

componente comunicacional muy importante, que se podría decir que el grado de impacto ante un riesgo o enfermedad en los colaboradores tiene también relación con un grado de desarrollo de comunicaciones fuertes al interior de la organización.

- Objetivos y funciones

Como señalamos líneas anteriores la comunicación interna tiene varias funciones de acuerdo a la complejidad de la organización, sus estructuras de gestión y sobre todos a los objetivos y metas. Está claro que la comunicación interna para cualquier sector incluido salud, se enfoca en el logro de los objetivos propuestos por la institución. Sin embargo, es necesario apuntar en algunos objetivos importantes que para el tema de la prevención de riesgos y enfermedades son básicas.

Carmen Costa (2011), autora de *La comunicación en el hospital*, en su acápite de comunicación interna plantea un concepto desde la relación intra e interpersonal de los colaboradores.

La comunicación interna sirve, entre otras cosas, para unir pensamientos favorables y actitudes favorables a la coherencia de las tareas, implicando a todos los componentes de la organización y sirve para obtener nuevos pensamientos y nuevas mentalidades, proyectando un lenguaje común y una voluntad de hacer en conjunto. (p. 99)

La variable comportamiento en el trabajo, un ala importante de la cultura organizacional, toma importancia desde la definición de Costa (2011). En espacios de prevención de riesgos y enfermedades (salud) se convierten en un imperativo tenerlos en cuenta, porque la comunicación en salud apunta precisamente a generar cambios en los hábitos y comportamientos de las personas. Al respecto, la autora también propone “tres ámbitos de influencia sobre los trabajadores” que se relacionan con la parte comportamental:

Conocimientos: Conocer y comprender una interpretación común sobre la situación de la empresa en su entorno, la estrategia de actuación definida y la implicación de todos en ella. *Compromiso:* compartir y sentirse comprometido en unos retos que supongan la superación de las debilidades de desempeño que hoy muestra la organización. *Acción:* participar en aquellas acciones concretas que materialicen ese mejor desempeño en el ámbito del trabajo individual, de cada uno. (González Molina, 2002, en Costa, 2011, p.84)

5.1.3 Plan de comunicación de la Estrategia de prevención de la tuberculosis dirigido a trabajadores. Se trazó la hipótesis de que, siendo una Estrategia con directivas y apoyo logístico del sector nacional de salud, ésta cuente con un plan de comunicación propio, como es práctica del Ministerio de Salud en el diseño de estrategias de salud que dirige a nivel nacional. Hasta el cierre de la presente, no se reportó el hallazgo de alguna evidencia oral o escrita.

No obstante, se pudo encontrar en el Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2015, resultados esperados y supuestos que aluden a procesos o problemas de comunicación interna.

Como se puede observar a continuación, este plan diseñado por el Departamento de Neumología, perteneciente al Comité de control de transmisión de la tuberculosis, consideró como importante incluir acciones de comunicación que aseguren y guíen los procesos de salud.

Cuadro N° 29: Objetivo específico N° 01 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2015

Objetivo específico 01: (Medidas de control administrativo) Disminuir el riesgo anual de transmisión de la tuberculosis de 17% a 10% en el Hospital Nacional Hipólito Unánue	
RESULTADOS ESPERADOS	SUPUESTOS
Actualizar el Diagnóstico situacional y la evaluación de riesgo de la transmisión de la TB en forma anual Controlar la transmisión en los ambientes con riesgo de TB en el hospital Satisfacer la demanda de recursos necesarios para el control de la transmisión de la TBC en el hospital Diagnosticar y tratar oportunamente los casos de TBC en el hospital Mejorar el conocimiento acerca del control de la transmisión de la TB	La información sobre la transmisión de la TB es accesible y actualizada Los directivos del hospital están comprometidos con la adquisición de los requerimientos logísticos necesarios para el control de la transmisión de la TB Los órganos operativos están interesados en hacer adecuadamente los requerimientos necesarios. El presupuesto para el control de la transmisión de la TB ha sido incluido en el plan anual de adquisiciones El responsable de la distribución de los insumos está adecuadamente identificado (Continúa)

Fuente: Plan de control de tuberculosis 2013 – 2015 – HNHU. Elaboración propia

Cuadro N° 30: Objetivo específico N° 02 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2015

Objetivo específico 2 (Medidas de control ambiental) Disminuir el número de ambientes que tienen inadecuada ventilación de 45 a 10	
RESULTADOS ESPERADOS	SUPUESTOS
Contar con ambientes con bajo riesgo de transmisión de TB en la Emergencia Disminuir las áreas de riesgo de transmisión de TB en los ambientes de atención ambulatoria Disminuir las áreas con riesgo de transmisión de TB en hospitalización	Se han realizado intervenciones modificando la infraestructura de los ambientes que tenían riesgo de transmisión de la TB. Los directivos del hospital están comprometidos con la aplicación de medidas de control en los ambientes de riesgo de transmisión de la TB.

Fuente: Plan de control de tuberculosis 2013 – 2015 – HNHU. Elaboración propia

Cuadro N° 31: Objetivo específico N° 03 del Plan de Control de la Tuberculosis 2013 – 2015

Objetivo específico 3 (Medidas de protección del personal) Disminuir la tasa de incidencia de tuberculosis BL positivo entre los trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue de 268.8 por 100 000 trabajadores de salud a 100 por 100 mil	
RESULTADOS ESPERADOS	SUPUESTOS
Lograr que el personal de salud, los pacientes y los familiares de los pacientes conozcan el uso correcto de los respiradores N95 y mascarillas. Lograr que los trabajadores de salud, cumplan con las normas establecidas para el personal en el control de transmisión intrahospitalaria de TB.	La información sobre la transmisión de la TB es accesible y actualizada El acceso al uso de respiradores y mascarillas está garantizado por los directivos del hospital La distribución de los insumos para el uso de respiradores y mascarillas se ha realizado adecuadamente No existe conflicto entre los trabajadores de salud y los directivos del hospital

Fuente: Plan de control de tuberculosis 2013 – 2015 – HNHU. Elaboración propia

Como se puede observar dentro de los supuestos del proyecto existen algunas variables del campo de la comunicación interna como *información de trabajadores, compromiso de directivos, identificación de los operativos del proyecto, capacitación a los trabajadores entre otros*, los cuales han sido abordados por los técnicos de la Estrategia sanitaria de manera empírica.

5.1.4 Acción de comunicación escrita. A través de la investigación documental se logró encontrar evidencias de las acciones de comunicación escrita.

Gráfico N° 17: Ejemplo de documento de difusión de charlas

PERÚ MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA

MEMORANDO N° 045-NEUMO-HNHU-2017

A : [Redacted] Director General del Hospital Nacional Hipólito Unánue

ASUNTO : Despiñaje de tuberculosis al personal de salud

FECHA : Lima 24 de Febrero del 2017

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo y hacer de su conocimiento que se está programando las Charlas de Capacitación: Despiñaje Obligatorio de Tuberculosis para todo el personal de Salud que trabaja en nuestra Institución.

Por lo cual se da a conocer que todas las capacitaciones serán en el Auditorio del CENEX para los siguientes días programados:

Fechas	Horarios	Lugar	Médicos Ponentes
27/02/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
01/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
06/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
08/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
13/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
15/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
20/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
22/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
27/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
29/03/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
03/04/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]
05/04/2017	12:00 a 1:00pm	Auditorio CENEX	[Redacted]

JANMENGU
Copies: Archivo.

Fuente y elaboración: Hospital Nacional Hipólito Unánue

El principal soporte de la comunicación formal es el memorando; en la cual se incluye el cronograma de charlas y en algunos casos los horarios de despiñaje. Cabe recordar que el flujo de comunicación se da desde el Comité de prevención hacia la Dirección y de ésta a los Departamentos y Servicios.

Formato visual:

5.1.5 Acción de comunicación visual. Como parte de las comunicaciones internas, durante la Estrategia de prevención de la TBC se utilizaron materiales de comunicación gráfica provenientes del Ministerio de Salud (MINSA), las cuales son utilizadas para la Estrategia de prevención de tuberculosis para pacientes externos. Lo único que realizó el Hospital Nacional Hipólito Unánue fue colocar el logo institucional en la carátula de los dípticos.

Gráfico N° 18: Ejemplos de afiches del MINSA que se utilizan para la difusión de la prevención de la tuberculosis para trabajadores (1)



Fuente y elaboración: Hospital Nacional Hipólito Unánue

Asimismo, se ha observado que existe dos tipos de publicidad (institucional y de una empresa privada) relacionadas al cuidado del personal del Hospital y pacientes en los pabellones de hospitalización, principalmente el pabellón D1, Neumología.

Gráfico N° 19: Ejemplos de afiches del MINSA que se utilizan para la difusión de la prevención de la tuberculosis para trabajadores (2)



Fuente y elaboración: Hospital Nacional Hipólito Unánue

Finalmente, otra de las acciones de comunicación implementadas gira en torno al marketing de la Estrategia, que se realizó a través de los bonos alimenticios, cuyo objetivo fue fidelizar al personal del hospital con la Estrategia y con una alimentación óptima que contrarreste con la enfermedad.

Gráfico N° 20: Ejemplos de tarjeta de Bono alimenticio con que se busca captar la asistencia de los trabajadores a las actividades de la Estrategia



Fuente y elaboración: Hospital Nacional Hipólito Unánue

Como se puede apreciar las tarjetas no se vinculan con la Estrategia, ni con la institución. El objetivo de la alimentación saludable se toca de manera tangencial sin vincularlo a la prevención de la tuberculosis. Cabe resaltar que el efecto de esta acción de marketing no se ha logrado medir hasta el momento, lo que, si queda claro al menos para el Comité que dirige la Estrategia en el Hospital Hipólito Unánue, que esta acción de marketing interno ha hecho que los trabajadores la conviertan en una condicionante para su participación en el programa de prevención de la tuberculosis dentro de la institución.

5.2 Resultados de entrevistas

Se entrevistaron a los siguientes representantes:

Denominación	Cargo	
Patrocinador de la estrategia de prevención de TBC	Jefe actual del Departamento de Neumología	Entrevistado A
	Ex Jefe del Departamento de Neumología 2013-2015	Entrevistado B
	Ex Jefe del Departamento de Neumología 2010-2013 (Inicio de la Estrategia Integral)	Entrevistado C
Equipo de la estrategia de prevención	Responsable de Salud Ocupacional Institucional	Entrevistado D
	Médico Responsable de la Estrategia de Prevención de la tuberculosis en trabajadores	Entrevistado E
Oficina de Comunicaciones	Jefe actual de la Oficina de Comunicaciones	Entrevistado F

Las entrevistas se realizaron de acuerdo a los objetivos de la investigación:

Objetivo específico	Entrevistados que aportan al objetivo
Situación de la prevención de la tuberculosis y la salud ocupacional en el Hospital Nacional Hipólito Unánue	Entrevistado A, (E1) Entrevistado B, (E2) Entrevistado C, (E3) Entrevistado D (E4)
Identificar los aspectos importantes de la comunicación interna en el direccionamiento de las labores de la estrategia de prevención de la	Entrevistado F, (E6) Entrevistado E, (E5) Entrevistado D (E4)

tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue.	
Analizar el estado de la comunicación interna en la percepción de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue.	Entrevistado F (E6)

El Hospital Nacional Hipólito Unánue a través de su complejidad institucional y sus procesos principales cumple un enfoque de prevención de la enfermedad. Con más de treinta especialidades, esta institución cubre la demanda de atención médica en patologías transmisibles y no transmisibles al día de hoy. No obstante, cabe resaltar que este nosocomio inicio el tratamiento médico a la tuberculosis en el Perú, lo cual ha permitido capitalizar el knowhow y la infraestructura para la lucha contra esta enfermedad a través del Centro de Excelencia de la Lucha contra la Tuberculosis (CENEX). Esta misma estructura de salud que atiende a los distritos con mayor incidencia de la tuberculosis gestiona la prevención de esta enfermedad en los más de 2000 trabajadores.

5.2.1 Situación de la salud ocupacional y la prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

La salud ocupacional en el Hospital Nacional Hipólito Unánue está en su fase inicial. Las políticas y estrategias que giran en torno a este tema no permean en las estructuras burocráticas hospitalarias, retrasando así la implementación de la salud en el trabajo. A través de los entrevistados se han encontrado los siguientes problemas principales.

La salud ocupacional no es prioridad para el Estado. Pese a las políticas intersectoriales estipuladas por el Ministerio de trabajo en conjunto con el Ministerio de Salud y otros sectores, no se ha visto un presupuesto adecuado, así como una metodología de abordaje específica para la realidad de cada institución. Esto coincide con la crítica que se hace desde el enfoque de promoción de políticas de salud, que señala que, si no hay decisión política por el cambio, ponen en duda el respeto frente al derecho a la salud. (Valdivia, 2005; Presidencia de la República del Perú, 2011; OPS, 1994). En palabras de los entrevistados:

Quando vemos los problemas de salud en los trabajadores nos damos cuenta que [para el Estado] no tiene la importancia... porque no hay un presupuesto para salvaguardar la salud del trabajador... (E2)

[No tenemos vínculo] con el Ministerio de trabajo ni con otra entidad [que se encargan de la salud ocupacional]. (E1)

Esta debilidad política, amenaza a las instituciones de salud como en el caso del Hospital Hipólito Unánue. Si bien ya se pasó la época donde no había una organización referente a este tema, se observa que la salud ocupacional ha quedado centralizada a la decisión de un par de personas dentro de la institución. Hay ausencia de liderazgos, los cuales siguen siendo una de las causas principales que retrasan la cultura de prevención y promoción de la salud en el trabajo hasta el día de hoy, esto es lo que (Formanchuk, 2014) llama *problemas por falta de coherencia* dentro de la comunicación interna.

Yo considero que un jefe de departamento es un gestor clínico y tiene que tener la competencia gerencial y conocimiento en otros aspectos de salud hospitalaria etc... asimismo, deben tener mecanismos de control sobre el uso de los equipos de bioseguridad; a veces ellos mismo ven que su personal no usa su bioseguridad y no le dicen nada; por lo tanto, tiene que ser él tiene que ser un líder... si [el personal] no protege, no cuida su salud y bioseguridad se expone a todo tipo de riesgo biológicos; si no se protegen, pueden contagiar a [sus compañeros] y también pueden llegar a ser un medio de contagio para otros pacientes... La forma de cómo se ha desarrollado la valoración de la salud en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en relación a la lucha contra esta enfermedad ha provocado una serie de repercusiones en la forma de pensar, las actitudes, los comportamientos de los trabajadores. (E1)

Según los entrevistados existen algunos aspectos importantes:

No hay conciencia del problema real de la tuberculosis en el trabajador de salud a pesar de las cifras que tenemos. (E2)

Si se avanzó en el descarte es porque hay una motivación que es el bono [económico] que está en el plan de inducción; antes no hemos tenido definitivamente el compromiso de los trabajadores. (E4)

De repente el médico está siendo muy técnico [y no se deja entender en las charlas]” (E1)

la percepción de riesgo [en los trabajadores] es bajo; es una debilidad que no estamos trabajando en desde la comunicación, ya que no estamos generando a que sea una preocupación en el tema de la salud. (E5)

hay un gran grupo de la población que trabaja, que ven el riesgo como estigma, lo ven como un rechazo a hacer sus exámenes voluntariamente. Los últimos años se está tratando, pero las cosas son de forma ordenada con metodología y exigiendo que cada trabajador cumpla con lo que se pida la ley; recién estamos descubriendo cosas que de verdad hace mucho tiempo hubo poca voluntad de parte de las autoridades y los trabajadores. (E1)

en teoría la población [trabajadora] debería conocer [lo relacionado a la enfermedad de la TBC] para comunicarla la salud y eso abarca la salud ocupacional. (E5)

El imperativo de que exista liderazgos coherentes con la bioseguridad al interior del hospital, precisa la necesidad de que las personas tomen las riendas de su salud, más aún cuando existen riesgos biológicos que viene vulnerando el bienestar del personal. Esto definitivamente va en desmedro del Principio 09 de la Ley de Seguridad y Salud en el Perú: Principio de protección. (Presidencia de la República del Perú, 2011)

Uno de los principales riesgos biológicos para la institución es la tuberculosis, ya que su impacto tiene altos costos en la salud individual y familiar del enfermo⁹ y porque no decir, que en el ámbito organizacional también. Ante esta situación, se analizó con los entrevistados la salud en el trabajo y la lucha contra esta enfermedad ocupacional, logrando las siguientes conclusiones importantes:

- El trabajador sea el grupo ocupacional al que pertenezca, esté cerca al paciente o no, tiene el riesgo de contraer la tuberculosis.
- Existen zonas contaminadas dentro del hospital que el personal no advierte para tomar precauciones.
- No se está monitoreando el cumplimiento de las acciones preventivas (protección personal) de la tuberculosis de manera seria.
- En el hospital no se delega las acciones de prevención.
- Pese a convivir en un lugar donde existen focos contaminantes de tuberculosis, la percepción de riesgo por parte de los profesionales de salud es diversa.
- No se siente un apoyo político institucional al tema de la salud ocupacional
- La gestión de la salud ocupacional en el Hospital Hipólito Unánue es unidireccional y hasta cierto punto punitivo: Lamentablemente en este hospital hay que ser un poco punitivo con la gente; si no eres punitivo no se interesa por el tema. (E5)
- La gestión de la salud ocupacional solo trabaja con las razones, pero no con las voluntades de los trabajadores: “...No tenemos temas vivenciales para los trabajadores; no se capta el tema emocional.”

la información que tenemos debería ser más fácil [de comprender para] la gente que está en contacto con el paciente: el personal médico, paramédico etc.; sin embargo, en la práctica estamos observando que la dificultad es la misma, porque existen unos prejuicios todavía en algunas especialidades en el caso de la tuberculosis. (E1)

... la tuberculosis es el tema actual [en el hospital] y a pesar que se implementado medidas para prevenir el contagio para la tuberculosis hemos tenido casos que se enferman de esta patología y principalmente se debe a que el personal no crea adherencia el manejo de su equipo personal. (E5)

Hay un poco más de colaboración de la parte administrativa que de la asistencial. Le importa el problema, más le importa el control. Por ejemplo, llegamos a hacer un concurso de si el servicio llegaba a un 60% - 70% de sus trabajadores se les daba un incentivo por haber cumplido, y es allí donde la mayoría de premios se iba a la zona administrativa por cumplir con las normas. Esto

⁹ Cabe resaltar que no es lo mismo hablar de enfermo o de infectado de tuberculosis. Un enfermo de tuberculosis según los especialistas es quien tiene afecciones en su sistema inmunitario ocasionándole síntomas como la tos constante, fiebre y pérdida de apetito, entre otros y pueden contagiar a otras personas; mientras que un infectado no presenta ningún síntoma, ni es potencialmente contagioso, sin embargo, ha tenido una reacción positiva en una prueba específica. En el caso del infectado, si no reciben tratamiento pueden evolucionar a ser enfermos de tuberculosis.

se debe a la cultura de la parte asistencial que cree que sabe y que no necesita más capacitación; o de repente miedo a que se diagnostique que tiene tuberculosis. (E3)

La situación de la salud ocupacional en el Hipólito Unánue en el marco de la lucha contra la tuberculosis revela una serie de debilidades macro y micro institucionales, cuyos procesos al no ser de calidad, desembocan en resultados que no ayudan a su *sostenibilidad*. La valoración que tenga la salud del trabajador dentro de la institución marca un indicador de compromiso en toda la organización, que se expresa en su nivel de participación en las acciones que lidera la organización, lo cual están determinadas por un enfoque de salud. Al respecto, la Ley de Seguridad y Salud en el Perú, en su principio 02: Principio de cooperación se busca que tanto organización y trabajadores establezcan mecanismos de sostenibilidad de la salud.

El enfoque que el Hospital Hipólito Unánue aplica según las características halladas en la atención a la salud ocupacional, y específicamente en la lucha contra la tuberculosis es la *prevención de la enfermedad*. Como recordamos, la dinámica de este enfoque gira en torno a la mitigación de los riesgos, donde existe una preponderancia del trabajo médico (Peña y Paco, 2003), y donde la organización (corporación) es tratada como un cuerpo enfermo o vulnerable que necesita rehabilitación y protección.

A partir del enfoque de prevención de la enfermedad, el Hospital Hipólito Unánue tiene prioridades de acción que son direccionados desde las políticas sectoriales.

... Todos los años se dictan las charlas a los trabajadores... Por el tipo de riesgo que tenemos [en el hospital] tocamos dos aspectos que son bioseguridad y otro sobre el manejo de tuberculosis... eso ya se ha venido implementando desde el 2009 más aún desde que salió la ley de la tuberculosis donde está que la tuberculosis es una enfermedad ocupacional; asimismo, estamos haciendo más énfasis al descarte de tuberculosis. (E4)

Como se puede apreciar, la acción institucional contra la tuberculosis gira en torno a los riesgos, la cual está garantizada desde las políticas estatales; esto nos permite inferir cómo podemos encontrar la situación de la gestión de la salud ocupacional de las instituciones públicas, hoy. Asimismo, la Estrategia ha estructurado su acción, desde el enfoque preventivo, en tres ejes de trabajo:

A través de manuales, de recomendaciones, de la ley, se recomienda cómo debe ser una estrategia de prevención contra la tuberculosis... para ello debe haber las *medidas de control administrativo, de control ambiental, y medidas de control de protección respiratoria personal*, lo cual se viene trabajando desde hace varios años... Esto nos ha permitido trazar esfuerzos por mejorar, por ejemplo, los diagnósticos de los trabajadores; y ahora tenemos resultados pronto. (E5)

En el lapso de los años de implementación de la Estrategia, las medidas administrativas han tenido mayor desarrollo a comparación de los dos restantes, la de sostenibilidad de las medidas ambientales y del tema de la protección respiratoria personal.

En relación a esta última medida, existen algunas cuestiones que aún permanecen en el proceso de prevención de la tuberculosis, las cuales radican en el conocimiento, y las actitudes del trabajador de a pie de la institución. Tal como sostiene Muñoz A. y Castro E. (2010), desde la perspectiva de la promoción de la salud ocupacional, es un imperativo para el cambio en salud, la participación y empoderamiento del trabajador.

El concepto de infección de tuberculosis y enfermedad son dos conceptos diferentes; los médicos deberían saber qué cosas es estar infectado y que es estar enfermo. Sin embargo, confunden las cosas cuando se hacen una prueba [de esputo, y el resultado sale positivo], esto colma el pánico y una serie de cosas cuando esto no es así. Por eso digo que la información tiene que ser clara y precisa para todos. (E1)

Primero; es ser consciente que trabaja en un lugar altamente contaminado; luego la disciplina, una buena alimentación, vida sana... más los cuidados de bioseguridad, nadie tendría por qué enfermarse. (E1)

Estos factores que señala el entrevistado 01, aluden a que los trabajadores necesitan sensibilizarse más con su propia salud en el trabajo, es decir tomar control de los factores que influyen su salud (Tovar, 2006; OPS, 1997). Esta débil concientización del trabajador de a pie, impacta negativamente el valor del único mecanismo utilizado por la Estrategia, que busca un cambio en la cultura de la prevención de la tuberculosis, las cuales son las charlas.

Cabe resaltar que la Estrategia en el lapso de los últimos años, ha venido creciendo numéricamente en la asistencia de las personas en el proceso de inducción a través de charlas, sin embargo, no podemos hablar de participación ya que no se evidencia un rol activo del trabajador dentro de la salvaguarda de su salud frente a esta enfermedad.

Venimos trabajando la prevención de la tuberculosis en trabajadores desde hace seis años, cosa que en relación a otros [hospitales] nuestros trabajadores están más informados respecto a este tema. (E5)

Con las charlas de información a los trabajadores se llega a tener menos casos [de tuberculosis]... Estamos buscando conciencia en los trabajadores, estamos tratando de llegar y no por algo que le van a dar. (E2)

La prevención se está dando desde mi punto de vista, de manera teórica; de manuales, de normas, pero lo que falta es la implementación. La historia de lucha contra la tuberculosis nos dice que por más que haya tratamiento si no ponemos la prevención, no funciona. (E3)

5.2.2 Identificar los aspectos importantes de la comunicación interna en el direccionamiento de las labores de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

Como hemos señalado en varios ítems de la presente investigación, no es nuestro interés estudiar a la comunicación interna desde el punto de vista de la gestión, sino desde la dinámica del fenómeno comunicacional en un escenario de salud. Esta decisión obedece a que en el Hipólito Unánue no existe un trabajo planificado de la comunicación interna más sí, de manera espontánea, de corto plazo pese a haber una Unidad de Comunicación.

A través de los entrevistados describiremos en primer lugar el proceso comunicacional institucional, para luego analizar de qué manera este proceso contribuye en la eficacia de las acciones de prevención de la tuberculosis a fin de lograr resultados a favor de la salud del trabajador.

5.2.2.1 Unidad de Comunicación interna (UCI)

Las funciones y competencias de la Unidad de Comunicación Interna del Hospital Nacional Hipólito Unánue son reguladas y gestionadas por las organizaciones rectoras del sector. Como señala el jefe de la Oficina de Comunicaciones del HNHU:

Estamos interrelacionados con las oficinas de comunicaciones de las demás instituciones del sector. Estamos conectados también con las redes sociales, redes grupales donde el MINSA (Ministerio de Salud) o el IGSS (Instituto de Gestión de Servicios de Salud) nos alertan de algún tema y en la cual todos participamos y damos ideas opiniones. (E6)

El vínculo interinstitucional de las unidades de comunicación del sector salud es la plataforma desde donde se despliegan las estrategias, metodologías y el diseño de soportes de comunicación. No obstante Alfonso Gumucio (2010) insiste que es en las estrategias de comunicación donde se concentran muchos de los problemas.

[Por ejemplo,] para el tema de vacunación nos regimos a los mensajes claves que nos manda el Ministerio de Salud para eso ellos nos llaman a reuniones a los comunicadores y validamos la información. A través del MINSA se trabaja una información general que puede servir a todos los establecimientos del MINSA, pero sobre eso ya cada hospital tiene la libertad de adecuarlo a su institución. (E6)

Sin embargo, la manera como está organizada funcionalmente la unidad de comunicación del HNHU es decidida de acuerdo a las necesidades hospitalarias, la cual es aprobada por el Ministerio de Salud.

Según el Jefe de la Unidad de Comunicación del HNHU (E6) la comunicación interna es vista aún como una tendencia; no tiene un espacio estratégico en las decisiones comunicacionales, y solo se encuentra entre algunas actividades que se desarrolla, todo esto contrario al planteamiento estratégico de Mosquera (2003) donde la comunicación juega un rol activo para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud.

No está enmarcado como comunicación interna [refiérase a un área especializada en el tema] que debería ser así ya que es una nueva tendencia para tratar este aspecto en el campo comunicacional pero todavía en nuestra realidad está como comunicación en general. (E6)

Dentro de las actividades que desarrollamos hay gran parte de lo que es comunicación interna. La oficina trabaja en lo que es el área de prensa, área de relaciones públicas, y hay un área de comunicación preventiva sobre enfermedades. (E6)

En lo que es prensa abarcan tanto externo como interno y así podemos hacer una nota de prensa que salga en los periódicos, en los medios de comunicación, como también hacemos notas que son internas para nuestros murales, facebook institucional y para la página web. (E6)

El área de relaciones públicas ve la interrelación con los diferentes públicos; hablamos de trabajadores, de estudiantes, del público en general que se da a través del área de atención al usuario; y también ve el tema de protocolo. (E6)

Las tres áreas funcionales que componen la unidad de comunicación atienden de manera generalizada tanto a los públicos internos como externos. Dentro de las tres, el área con mayor actividad para la comunicación interna es *prensa*, debido a que el estilo comunicacional del hospital es unidireccional, informativa, difusionista. Entre los canales que utiliza la unidad de comunicación se encuentran “el panel informativo, la página web, el facebook institucional, youtube (redes sociales), el sistema de perifoneo y por ahí un tipo de material impreso. (E6)

Las tres áreas son importantes (prensa, relaciones públicas y prevención en salud), pero si tuviera que darle mayor peso, le daría a lo que es Prensa por que la interrelación con medios es muy importante y tiene una fuerza que no se puede medir; una actividad de prensa te puede generar una crisis (mal manejada) o como también te puede elevar tu reputación. (E6)

En relación a la influencia de la unidad de comunicación en la gestión hospitalaria el entrevistado E6 reconoce que ésta va en crecimiento y su participación es valorada en la alta gestión, sin embargo, no se sabe a ciencia cierta a qué tipo de información interna se refiere ya que se observa que algunas noticias se desconocen o aparece tardíamente.

En temas de comunicación, en la gestión los directores piden la opinión de Comunicaciones y sobre esa opinión, piden la opinión de las demás áreas para llegar a un acuerdo. (E6)

La oficina [de Comunicaciones] se está posicionando; ahora participa en todas las reuniones de gestión; hace años no se veía eso; ahí obtenemos información de primera mano; en esas reuniones se tocan todos los temas económicos, sociales del hospital y también se van tocando los temas que se puedan solucionar problemas de los trabajadores eso una gran fortaleza. Estamos siendo reconocidos como un ente oficial de la gestión. (E6)

Con un creciente posicionamiento y con un enfoque unidireccional, esta unidad de comunicación gestiona también la comunicación para la prevención de enfermedades entre ellas la tuberculosis dirigida hacia los pacientes cuya plataforma también se usa cuando se dirige hacia los trabajadores. El espacio de comunicación que se utiliza con mayor frecuencia es la *charla* o capacitación, a través del cual se hace la inducción y se busca generar la concientización de las personas. El caso es que es el único espacio de comunicación donde se toca y habla de los temas de salud ocupacional, quedando sujeta la eficacia de los programas a este único espacio. Parafraseando a Díaz y Uranga (2011), este sería un escenario de transmisión de información, donde prepondera la comunicación instrumentalizada.

5.2.2.2 Unidad de Comunicación interna en el proceso de salud ocupacional y prevención de la tuberculosis en trabajadores

Como se señaló líneas arriba, la unidad de comunicación viene fortaleciendo su grado de participación en las decisiones (Noskin Romo, 2008) que se implementan desde la alta dirección. Según el entrevistado E6, la clave de este reposicionamiento se debe a que se está fomentando la planificación en las actividades de comunicación.

En realidad hay muchos aspectos que no se veían, que solo se trabajaba el día a día, con cada cosa que pasaba en el momento; pero ahora se está haciendo un tipo de planificación, se está tratando de encaminar el sistema, y se está tratando de delimitar la acción porque tampoco se trata de abarcar todo; a veces pasa un problema en el hospital y pide que intervenga como de comunicaciones; si bien la comunicación se da en todos los niveles, nosotros no somos dueños de la comunicación, entonces estamos delimitando también nuestras actividades. Tenemos un plan operativo, tan igual como años anteriores. (E6)

Obviamente un plan operativo de comunicación supone metas a corto o y en algunos casos a mediano plazo; no se pueden sostener la comunicación interna con solo trazar actividades, menos aún concientización de la salud ocupacional en los procesos de trabajo, en otras palabras, una perspectiva funcionalista como lo llamada Díaz y Uranga (2011). Por esa razón se concluye que es un riesgo la deficiente planificación de la comunicación para la salud ocupacional.

Ahora bien, cuando se le pregunta al entrevistado E6, cuál es la situación de la comunicación en los procesos de trabajo, responde lo siguiente:

Como salud ocupacional [función o área de trabajo], no; pero más con el tema de la tuberculosis, en ese tema se está trabajando al área correspondiente apoyando con la información. (E6)

No intervenimos en esa actividad porque estuvo encargado nutrición y no se nos solicitó el apoyo de la colaboración de la oficina; sin embargo, hemos trabajado antes toda información sobre obesidad y diabetes. Estamos desarrollando más información. (E6)

En el tema de la prevención de la tuberculosis se ha tratado de que la unidad de comunicaciones acompañe la concientización del tema. Siempre desde el lado unidireccional, lo poco que hace esta unidad es convertirse en una suerte de ayudante de protocolo de eventos de salud, sin mirar el impacto de la comunicación en la salud de los trabajadores del hospital.

Para eso hemos trabajado con la oficina de epidemiología como de neumología y le hemos hecho la difusión (perifoneo, afiches en blanco y negro) para dar importancia sus objetivos a fin de que los trabajadores acudan a estas charlas; también hemos desarrollado folletos para la difusión. (E6)

5.2.3 Analizar el estado de la comunicación interna en la percepción de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

5.2.3.1 La identificación

5.2.3.1.1 Identificación del trabajador con la institución

Según palabras del Jefe de Comunicaciones (entrevistado 6) la identificación del trabajador del Hipólito Unánue tiene diferentes matices según la modalidad de trabajo que de alguna forma contribuye al sentido de pertenencia del trabajador.

Yo he percibido alguna identificación por parte de trabajadores nombrados y CAS; en los terceros es lo que percibo menos identificación. Sabemos que los terceros tienen una modalidad de trabajo temporal dentro del hospital, quienes cumplen, pero no tanto como el nombrado y CAS que saben que ésta es su segunda casa, su trabajo y sabe la importancia de cada acción que hace; lo ha vivido tanto tiempo que, ya está en su mente. (E6)

La institución, ya sea a nivel macro o a través de sus servicios o departamentos implementa año a año espacios de celebración y conmemorativos a fin de fortalecer la identificación del trabajador. Según el entrevistado N° 06, las actividades celebrativas de los servicios sean asistenciales o administrativos, suman a la identificación global, o al “yo social” del cual habla Topa y Morales (2007), que supone que el trabajador ha

encontrado un destino común y es participe de los éxitos y fracasos de su grupo más inmediato.

[Por otro lado, podemos observar la identificación de los trabajadores] en el aniversario y en sus actividades propias o internas, digamos aniversario de un área, servicio, oficina o departamento y ven que participan, se organizan y realizan su actividad; se identifican como parte de su hospital. (E6)

Asimismo, las actividades que buscan fortalecer la identificación vienen desde la Dirección General con sus propios criterios, y éstas son mayormente espacios de patriotismo y celebración de fechas cívicas.

Existe un objetivo que viene desde la dirección: que todas las cosas buenas que hagamos, lo difundamos y hagamos sentir importantes a cada uno de las personas que intervienen en eso, y a los que trabajan en el hospital. (E6)

Un ejemplo fue el establecer los días lunes el izamiento de la bandera que es una forma de fortalecer de identificar con su patria, con su institución y se busca la participación de todas las áreas... no solamente las autoridades sino también los trabajadores están presentes. (E6)

5.2.3.1.2 Identificación del trabajador con la prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad es la razón de ser y quehacer del Hospital Nacional Hipólito Unánue, por lo mismo se espera que cada acción médica que emprenda, busque evitar o minimizar enfermedades, tanto a pacientes como a trabajadores. A nivel de trabajadores, se promueve que todas las personas tengan mecanismos de defensa protocolizados en directivas o manuales de buenas prácticas de bioseguridad, para lo cual se busca comunicar la importancia de usarlos en la cotidianeidad del trabajo.

Hay algunas acciones que se trabajan con distintas áreas [o servicios dentro del hospital]. En algunos intervenimos en el uso de mascarillas, el uso de medidas de protección (guantes, mandilones) para eso trabajamos afiches. En algunos casos como el lavado de manos hemos trabajado volantes impresos y digitales para la web y redes sociales. (E5)

Según últimos informes hay un incremento de las personas que practican medidas de bioseguridad [en el hospital]. Tanto lo que es lavado de manos, uso de mascarillas, y las medidas de prevención cuando manejan material peligroso, el adecuado almacenaje de elementos punzo cortante; cosa que se está cumpliendo, dado que al final la notificación de epidemiología [sobre estos temas] ha sido menor a comparación de otros años. (E5)

Las acciones de prevención de la enfermedad que implementa el HNHU están enfocados preferentemente en el uso de los instrumentos contra riesgos, mas no a la concientización de los riesgos. El trabajador conoce sobre los beneficios de las mascarillas, el lavado de manos, guantes, mandilones, etc., para evitar el riesgo, pero no es consciente del riesgo ni lo valora en su magnitud, en efecto no encuentra eco en el tejido social de la organización.

En general, en cualquiera de los casos de salud ocupacional, sean físicas como psicológicas, la institución busca un abordaje integral, sin embargo, en la práctica estas acciones no convocan a todos sino a los interesados; en todo caso, se convoca a través de un medio punitivo, cuando en el fondo se trata de la salud de los mismos trabajadores.

En casos de prevención trabajamos con las áreas correspondientes, puede ser psicología, epidemiología, hasta rehabilitación física donde trabajamos folletería sobre posturas adecuadas para el trabajo. (E5)

5.2.3.1.3 Identificación del trabajador con la Estrategia de prevención de tuberculosis

En el escenario interno que vive el HNHU donde según los impactos logrados por las acciones de prevención de enfermedades, el trabajador tiene más en mente el uso de los instrumentos como las mascarillas, entre otros, antes que las razones reales de prevención, el impacto que pueda lograr la Estrategia de prevención de tuberculosis tiene dificultades. Por muy bien organizada que se presente esta Estrategia ante los trabajadores, la identificación del trabajador con los objetivos de salud ha sido débil y fácilmente reemplazable por cualquier otra acción similar o contraria al objetivo de salud ocupacional (refiérase a acciones que a sabiendas que causan daño, el trabajador es indiferente o la promueve). Es posible señalar desde la teoría, según Álvarez et al (2014), que los trabajadores no han logrado describirse a si mismos como pertenecientes a una institución donde se previene la TBC, ni tienen en cuenta la realidad por la que están pasando; todo lo contrario, el trabajador guía su actitud según percepciones que pueden cambiar según el momento.

Entre las razones principales, tenemos que la iniciativa contra la tuberculosis no comunica eficazmente a los trabajadores, no moviliza el interés genuino por la salud, no genera el sentido de urgencia de la salud en el trabajo; y esto se da porque la valoración de la comunicación al interior de su despliegue es tomada como un instrumento de oficio. En palabras de Janet García (2011) la comunicación no logra generar una relación entre los objetivos de la Estrategia con el trabajador.

El tema de la adherencia a la prevención de la tuberculosis lo maneja el Comité de tuberculosis, con epidemiología y neumología. [La unidad de Comunicaciones del hospital] no participa de este Comité, pero si nos invitan para algunas actividades. (E6)

De repente sería más manejable que Comunicaciones se integre al Comité. Tendríamos un seguimiento más continuo de las actividades; estando en el Comité aportaríamos con temas de comunicación para que se implemente en toda la estrategia. Todavía predomina un [manejo médico de la prevención]. (E6)

Tenemos grupos escépticos que no interiorizan la importancia de [la prevención de la enfermedad] en el hospital. Hay gente, por ejemplo, muy antigua que por diversas razones no tiene la capacidad para trabajar en un hospital de nivel III-1, los cuales están acostumbrados a hacer un trabajo muy mecánico, manual, y ese es el desafío, llegar a ese segmento de trabajadores para tratar de que puedan valorar [la prevención]. (E6)

Existe del 9 al 10% un porcentaje que va creciendo y eso me alegra mucho. Hay gente que tiene más entusiasmo en el tema y que se preocupa que estos temas sean conocidos y después aplicado y especializado, pero siempre nos encontramos con una barrera económica que a veces no existen los recursos no existe logística la parte de apoyo esto se desaminé en todo el hospital lleguemos a una prestancia que deberíamos llegar. (E1)

La percepción de [l] riesgo es bajo una debilidad que no estamos trabajando en el tema de la comunicación no estamos generando a que sea una preocupación en el tema de la salud. Que no hagan porque tienen incentivo [económico] sino un incentivo personal cuidar su salud; y el otro desafío es tener un equipo que permita presentar estrategias internas donde... aprendamos a cómo debe darse una charla y en cuánto tiempo se debe dar; que debe medir una primera evaluación... (E5)

no hay conciencia del problema; es como decir a mí nunca me va a ocurrir a pesar de la información que se da... parece que esperan una recompensa para protegerse. (E2)

En algunos casos, los pocos esfuerzos generados por motivar la conciencia de los trabajadores a favor de su salud se convierten en amenazas, debido a que el verticalismo de la comunicación (las antípodas de la comunicación participativa, según Valle (2007), se impone antes que buscar negociar, convencer o facilitar.

Actualmente la Dirección valora mucho lo que es la comunicación, pero [en el mando medio] se va perdiendo. Si bien la Dirección y los jefes entienden o están entendiendo la importancia de la comunicación, cuando va bajando de nivel todavía no lo entienden mucho; señalan que “nosotros hacemos nuestro trabajo y no queremos que intervengan que interfieran”, de repente algunos nos ven como una amenaza, y por eso digo, que hay gente que aún no entienden las actividades y estrategias [de comunicación] y no lo aceptan. (E6)

5.2.3.2 Información

Tratar el tema de la información en salud es analizar la materia prima de la toma de las decisiones. Según el entrevistado E6, la situación actual de la información en el hospital Hipólito Unánue tiene las siguientes características:

5.2.3.2.1 Información institucional

El flujo que sigue la información en este hospital es vertical, la cual presenta problemas cuyas consecuencias se observan mayormente en el nivel operativo.

La importancia de la comunicación se va entendiendo por niveles; la dirección lo tiene claro, los jefes de departamentos y oficinas también, pero si ya bajamos a los jefes de servicios o jefes de unidades ahí es donde todavía falta trabajar. (E6)

Esta condición de desventaja no solo afecta el plano de las funciones y tareas en la organización, sino también su razón de ser. Los actores de la comunicación interna no cuentan con los procesos ordenados de tal manera que la información sea eficiente, convincente y movilizadora.

La información del quehacer de la organización está menos difundida. Cuando tú preguntas a los trabajadores cuál es la visión y la misión, y la respuesta va a ser mínima así tengas 30 años de servicio, no lo conocen, en todo caso a medias o de manera distorsionada. Y creo que falta todavía trabajar más. (E6)

Para una organización que no tiene un derrotero claro, cualquier camino es elegible, y por lo mismo influye en cómo los trabajadores construyen sus prioridades de información a su estilo.

Uno es, información noticiosa; otras cosas nuevas que hacemos; y otro tema que se demanda mucho es la información económica, de los presupuestos que llegan al hospital, de los pagos que se van realizar a los trabajadores, y el otro es información promocional o preventiva. (E6)

Esto coincide con lo que sostiene Andrade (2005) en Bustamante (2013), al establecer tres tipos de información: información general sobre la empresa, información necesaria o útil para el trabajo e información sobre condiciones de trabajo.

5.2.3.2.2 Información de la prevención de la enfermedad

Frente a las amenazas biológicas por la que está expuesto constantemente el trabajador del HNHU, la institución prioriza, según las políticas del sector, la información interna de ciertas enfermedades laborales. En efecto la tuberculosis es el tema con mayor flujo informativo.

Sí se le brinda información oportuna, pero siempre, no es suficiente. Hay algunos temas que se da de manera sostenida como el de la tuberculosis, esa información es permanente durante todo el año. (E6)

La alerta informativa es periódica y está sostenida sobre la base del presupuesto disponible.

5.2.3.2.3 Información sobre la estrategia de prevención de la TBC

Según el entrevistado N° 06, si bien la información que vierte la Estrategia de TBC, con todas sus limitaciones, es una sola, la apropiación de ella por parte de los trabajadores se diferencia por factores culturales. Para Forero (2009), el factor cultural compone parte de la complejidad de variables que se debe tener para poder generar una necesidad de acción en salud. Esto hace que la dificultad en la comunicación sea mayor,

y demande de nuevas formas de abordaje en la concientización y movilización para la prevención de enfermedades.

Si preguntas a un trabajador nombrado cómo prevenir enfermedades, te lo va a detallar muy bien, incluso en algunos vas a encontrar que manejan temas médicos. [Y la razón es porque] la información que se le ha dado a ellos ha sido continua, gracias a las capacitaciones durante varios años, y es un cúmulo de información que tienen. A la gente nueva, no, ya que está en constante rotación; se van e ingresan nuevos, y si tú encuestas a ellos, obviamente siempre va a faltar información. (E6)

Aquí el factor independiente que afecta la prevención de la enfermedad es el factor tiempo de trabajo y frecuencia de participación en capacitaciones. Lo que no considera el entrevistado N° 06 es que el cúmulo de conocimientos sobre prevención no necesariamente significa concientización, ya que ahora se considera el grado de la participación activa del individuo en la construcción de su nuevo conocimiento; tal es el hecho que cualquier trabajador nuevo puede ser estar más disponible a tomar medidas preventivas antes que un trabajador antiguo que ostenta conocimientos acumulados.

...por ejemplo, hay de otras especialidades [médicas] que no conocen mucho el tema [de prevención de la tuberculosis] y su nivel de conocimiento es casi al de [un trabajador de] administración y eso deja mucho que desear. Nosotros pensamos que el médico va entender mucho más fácil, que no necesita mostrar ni hablar; en cambio un administrativo si tú lo le explicas bien capta la idea, entonces los dos públicos y los dos escenarios aparentemente deberían ser diferente lo cual en la práctica no lo es. (E6)

El entrevistado N° 06 enfatiza la indiferencia por parte del cuerpo asistencial que hace valer su preparación académica en combatir las enfermedades, cuando el tema va mucho más allá. Si bien las capacidades de aprendizaje (según las acciones del Hospital refiérase a retención de información) son las mismas entre un asistencial y un administrativo, según el entrevistado, no así la valoración, ni la participación en las acciones institucionales que impulsa la Estrategia para derrotar la tuberculosis.

Entre los factores que detienen o generan ruido para un flujo eficiente de la información en relación a la prevención de la tuberculosis, están los espacios y los canales de comunicación no son los más idóneos ni apropiados para canalizar la información de manera rápida, atractiva y entendible. El médico responsable de la estrategia de prevención de la tuberculosis en trabajadores señala lo siguiente:

Yo creo a veces lo jefes no llegan a los trabajadores y no les comunican y yo creo ahí hay que aplicar estrategia de comunicación; tanto con medios digitales que tampoco es una obligación, cada jefe de departamento tiene que tener reuniones periódicas con su personal. En relación al tema de la comunicación visual, estamos en un mundo globalizado, pero no explotamos este tema [para la prevención de la tuberculosis]; deberían explotar el twitter, enviando mensajes a través del facebook a fin de ver intereses. (E5)

[Por otro lado], se ha tratado de organizar internos de enfermería para transmitir esa información diferente para el personal de salud... porque qué clase de información se iba a dar si solo había un afiche; una comunicación era muy rara vez. (E5)

Desde Costa (2011) se puede señalar que, si bien el Hospital utiliza pocos canales para la información acerca de la prevención de TBC, utiliza tanto los canales o soportes de comunicación directa e comunicación indirecta. El tema ahora ya no va a la cantidad de canales sino a la calidad de los mismos.

Por otro lado, según el entrevistado N° 03, uno de los objetivos de la Estrategia de prevención contra la tuberculosis es que el trabajador del Hospital Nacional Hipólito Unánue

Tiene que estar bien informado; cumpla con las recomendaciones que le damos y que replique sus conocimientos para lograr convencer a las personas; sin embargo no todos lo hacen porque no toman conciencia, eso es el problema. (E3)

La información para la prevención de la tuberculosis en el Hipólito Unánue no es efectiva. Los objetivos de la Estrategia pierden fácilmente el sentido y el valor porque el proceso donde fluye la información tiene muchos ruidos como la falta de identificación de los actores para con la prevención, canales ineficientes y de poco alcance y escaso feedback (Formanchuk, 2014) y la falta de monitoreo, entre otros. Fiel reflejo de esto es lo que sucede en el plano directivo de la Estrategia, liderado por el Comité cuyos stakeholders en la alta dirección y mandos medios suelen retrasar muchas de las decisiones que emprenden.

De repente después de días vienen documentos para tener reuniones en torno a la Estrategia (que la Dirección nos llama, dicen) y como no están agendadas, pierdes lo que tienes que hacer esos días para poder asistir. (E1)

Sucede que algunos jefes no supervisan, no gestionan, no hacen que la información pase a todos; por eso cuando hemos hecho algunos servicios, pedimos algunos datos para la charla y no cumplen, con excepción de algunos servicios. La gestión hace sus esfuerzos, van a los servicios a supervisar, a tomar fotos y se discute los hallazgos en las presentaciones. (E3)

5.2.3.3 Instrucción

5.2.3.3.1 La unidad de comunicación y su rol de instrucción

Cada trabajador es un microsistema de comunicación que busca adaptarse al gran sistema organizacional donde existe un estilo de comunicación. Es deber del comunicador facilitar el aprendizaje, la instrucción de cómo se deberá migrar de la comunicación individual, de casa, de barrio a la comunicación organizacional, de trabajo, de objetivos.

A partir de Bustamante (2013) se señala que el comunicador es pieza importante en el desarrollo de habilidades para el trabajo.

Según el entrevistado N° 06, este rol es competencia de otras unidades funcionales como recursos humanos, pero no de Comunicaciones.

Nosotros no brindamos ninguna capacitación, para eso están otras áreas. No es función nuestra; nosotros colaboramos en la elaboración de contenidos o mensajes. Contribuimos en los mensajes que [las áreas] van a brindar en las capacitaciones, pero no intervenimos en las capacitaciones como tal. [No obstante] le damos la sugerencia, la asesoría de cómo llegar mejor al público. (E6)

[En relación a temas que ayuden a que los trabajadores se comuniquen mejor, a que trabajen en equipo], nosotros no lo hacemos, pero hemos sugerido a través de la capacitación externa para que lo traten y lo desarrollen. (E6)

5.2.3.3.2 Prevención de la enfermedad e instrucción

La forma como se instruye a la organización sobre temas de salud viene diseñado y narrado desde el Ministerio de Salud. Estos protocolos no solo se avocan a establecer los campos del conocimiento que se transmitirán sino también cuestiones metodológicas, principalmente para el desarrollo de habilidades sociales (Bustamante, 2013; Aguirre, 2005) que limitan a la organización en su forma de enseñar, además de las necesidades reales de instrucción.

Hemos revisado [cierta información en lo que respecta a la prevención de la tuberculosis]; sin embargo, no hemos podido intervenir porque viene diseñado desde la estrategia nacional. (E6)

En casi todos los procesos de instrucción o formación al trabajador frente a las distintas enfermedades o riesgos laborales buscan fortalecer el campo de los conocimientos. Los únicos indicadores de éxito son la asistencia y los tests de conceptos, dejando claro que lo “aprendido traten de transmitirlo a sus compañeros”. Muchos de estos procesos se realizan sin la presencia del jefe de área (*problemas de liderazgo negativo*; Formanchuk, 2014) que por razones administrativas tiene cosas pendientes que realizar y no acompañar el proceso de formación, desvirtuándose así la sostenibilidad del aprendizaje; peor aún forman equipos para replicar conocimientos. Todo queda en lo individual, en lo inmediato, y en la buena fe, lo cual deriva en el siguiente problema, que el entrevistado N° 06, señala con precisión:

Es un poco complicado manejar la cantidad de trabajadores; tratar de entrenar a más de 2400 trabajadores; las áreas que trabajan solo pueden lograr algunas actividades; no hay el tiempo suficiente, no hay los recursos suficientes para avocarte al entrenamiento de gran número de trabajadores. (E6)

Muchas de las acciones de instrucción o formación en salud en el trabajo terminan cargadas de agotamiento por parte de los proveedores de información; no hay participación menos convocatoria a sumar esfuerzos para comunicar lo aprendido, en otras palabras, no se gestiona el conocimiento. Desde Mosquera (2003) esto puede ser una negación a la posibilidad co-creadora de conocimiento de los individuos para con su propia salud, siendo esta la base de la formación de políticas en salud.

5.2.3.3 *Comunicación, instrucción y la Estrategia de prevención de Tuberculosis*

El espacio de instrucción o formación que se utiliza en la totalidad por cualquier estrategia de salud ocupacional es la charla. Para el caso de la Estrategia de prevención de la tuberculosis la charla es por grupos aproximadamente 50 – 60 trabajadores, el cual cuenta con un médico responsable de disertar la charla.

Entre los principales problemas que identifica el jefe de Comunicaciones (E6) están los siguientes:

El tipo de información que [dan en las charlas de prevención de la tuberculosis] se puede mejorar; no está mal, pero puede mejorarse; por otro lado, las condiciones de cómo se dan también influye [en el éxito de estas charlas]; porque si un ambiente está lleno de gente el ruido que provocan se pone como barreras y no llega la información; en algunos casos la cantidad de personas en un ambiente hacen que se modifique el clima, ocasionando que la gente se duerma.

Más allá del tema organizativo que de por sí carga ruido para la concentración de los educandos, está el tema de la información, que como señala el entrevistado N° 06, es posible mejorarlo. El entrevistado hace alusión a las diapositivas que se utilizan en clase, llenos de datos y conceptos médicos, además de estadísticas de trabajadores con tuberculosis para “ejemplificar” y llamar al a reflexión. En otras palabras, la información no está adaptada para el auditorio al cual se dirige y menos es atractiva.

Ante esto el entrevistado N° 06, pone en duda la efectividad de la *charla* como el único espacio de comunicación y formación para la estrategia de prevención de tuberculosis. Esto es contrario a lo que dice Parra (2003), acerca de los espacios de comunicación donde se debe buscar que sea “lugar de convivencia entre personas, donde se crean redes de apoyo, amistades, se forman y fortalecen familias, entre otras importantes consecuencias de este carácter social del trabajo” (p. 23).

Das una charla y no tienes cómo llegar a los trabajadores, puede ser que las charlas no sean un medio eficaz pero como te digo tienen que acomodarse a los tiempos (sic), lo ideal sería hacer algún tipo de taller, algún tipo de sociodrama u otras técnicas que promueva mayor tipo de

participación y para eso se tiene que convocar a grupos más pequeños, lo cual también nunca acabarías (sic).”

Se puede colegir entonces que la eficacia de las charlas esta subvalorada, por las herramientas que utiliza y deja de usar. Puede haber información actualizada e importante, pero pierde el interés por la forma como llega a la gente. (Parra, 2003) Los servicios de formación al trabajador en prevención de la tuberculosis solo buscan el cumplimiento de actividades y la memorización de conceptos; queda relegada la participación de las personas.

Lamentablemente el mismo entrevistado N° 06, sostiene que conocer temas de salud es un imperativo para el personal de salud, pero no toma en cuenta su comentario anterior que se trata de un tema de enfoque y herramientas.

...hay gente que no recibe satisfactoriamente el mensaje y por eso le parece aburrido. [En el manejo de conceptos de prevención de la tuberculosis] el personal de salud debe conocer, ellos no son gente de las comunidades, gente que no sabe nada sobre el tema; nuestro personal es de salud y debe conocer términos científicos. (E6)

Este problema se dio desde los inicios de la estrategia donde se buscó metodologías participativas pero cuyos canales no estuvieron de acuerdo con los criterios de calidad.

Para mejorar la comunicación se les capacitó con método audiovisual mostrando un video elaborado. Se buscaba una capacitación muy activa reuniendo grupos mostrando videos, mostrando las imágenes, el video era muy largo, y los grupos eran pequeños, que no nos permitían alcanzar a toda la institución. (E5)

Hasta aquí hemos dado una lectura desde la eficiencia y parte de la eficacia en lo que significa la formación o instrucción dentro de la estrategia de prevención de tuberculosis. Ahora bien, en los temas de salud en el trabajo, no solo es necesario el componente cognoscitivo sino también volitivo-emocional. El conocimiento experimentado por cada trabajador respecto a su lucha contra esta enfermedad laboral como es la tuberculosis es un activo que potencialmente puede lograr un desarrollo personal y de su equipo de trabajo. Obviamente es necesario que cada trabajador sepa transmitirlo en el trabajo en equipo, en la comunicación interpersonal diaria, en otras palabras, que tenga competencias comunicativas. Pero como se ha podido ir observando no se tiene una política de formación de este tipo de competencias, no es una prioridad en la gestión de la comunicación interna (*problemas por subestimar al personal*, Formanchuk, 2014). Como señala el entrevistado N° 06:

Falta formar en equipo [para la prevención de la tuberculosis]; no obstante, se busca concientizar al trabajador y se le dice la importancia de colaborar con su servicio.

El resultado de esta falta de competencia en los trabajadores, más aún en el marco de la lucha contra la tuberculosis, es la atomización y la desvinculación de cada trabajador frente a la salud, dejando la comunicación interpersonal para otros asuntos internos del trabajo. Ante esto hay algunas posiciones que reiteran que la forma tradicional de transmisión de información en las charlas debe virar hacia un plano donde se enseñen a cómo participar y ser parte del cambio.

De repente es necesario cambiar otro aspecto; hablar del mismo tema siempre cansa; deberían variar una estrategia; preguntar qué opinión tienen sobre esto, que entre nosotros podemos enseñarnos el uno al otro. (E1)

Las capacitaciones deben formar competencias, porque todos los años damos charla de tuberculosis y les decimos que se pueden contagiar, pero lo que hemos visto es que no lo usan en su cotidianeidad. (E4)

Los trabajadores están expuestos al contagio; es necesario dar una capacitación más clara o visualizando experiencias de los trabajadores que se han enfermado y que actualmente tienen esta enfermedad que les ha generado alguna “discapacidad” tanto en su vida laboral como en su vida personal. (E4)

La primera competencia sería informarse, para que luego se involucren más y generen conocimientos. (E4)

La preocupación en torno a la instrucción y formación como un aspecto importante de la comunicación interna es real. Más aún cuando hasta el momento la charla es el único espacio de comunicación, lo cual pone en riesgo entregar la construcción del sentido de urgencia de la prevención de la tuberculosis en el vientre de un proceso defectuoso.

Al momento que damos la charla estamos comunicando el problema que tenemos que darle mayor énfasis. Gracias a Dios que no se han enfermado más trabajadores, porque con las conductas que tenemos lo volvemos más peligroso. (E4)

5.2.3.4 Integración

5.2.3.4.1 Integración organizacional

La integración es un proceso misional de la comunicación interna ya que allí confluyen el impacto de la información, la instrucción, la identificación, y la imagen que tiene una organización. La cultura, la identidad, la reputación entre otros activos intangibles tienen su base en la integración, en otras palabras, como entiende Ritter (2008) la integración es transversal y fundamental a la organización, ya que ahí se tejen las

relaciones, interacciones y las interdependencias. Cabe resaltar que integración no significa que toda la organización se lleve bien, sino que en cada proceso de cambio sea interno o externo la institución pueda ser fuerte para seguir creciendo.

Dentro del Hospital Nacional Hipólito Unánue, el órgano funcional reconoce que hace poco o nada en este tema. En todo caso es asunto de las jefaturas de departamentos y servicios.

[Desde la Oficina de Comunicaciones] no hemos aportado mucho a ese aspecto (E6)

[El trabajo en equipo] eso se trabaja en todas las jefaturas, desde el área de Calidad, de cualquier grupo de mejora en los servicios, eso siempre se trata de desarrollar y cultivar en los trabajadores. (E6)

5.2.3.4.2 Relación trabajadores – Alta Dirección

Desde un inicio, el tejido organizacional de esta institución no es la mejor que se pueda ver. Como señala el jefe de la Oficina de Comunicaciones,

Los trabajadores no tienen las mismas características; hay grupos que tiene la confianza y a apertura con los directivos; hay otro grupo mínimo de que no lo tienen, y hay otro grupo que son más escépticos que no están en contra ni a favor; y hay grupos los temporales, que no quieren saber nada sobre el tema. (E6)

Aparentemente los directivos no son los actores articuladores que espera la organización (*problemas por falta de credibilidad*, Formanchuk, 2014); pese a eso buscan posicionarse en las decisiones más importantes a nivel de mando medio.

He visto que la Dirección trata de inculcar [la integración] desde las directivas que da a los jefes de departamentos, jefes de oficina donde les da esa recomendación. Por ejemplo, ante un problema [el Director] va al área correspondiente, y al no llegar a resolver el problema, llama a todos los participantes de las áreas; si es un departamento, llaman a los jefes de servicio, al personal de apoyo llaman a todos, y entre todos buscan la solución en problemas latentes. (E6)

5.2.3.4.3 Relación trabajadores - trabajadores

En el plano operativo el panorama aparentemente es distinto y más favorable, pero siempre dentro del enfoque de departamentalización, y no como institución. Esto evidencia según Villafañe (1993) que en esta institución existe pocos flujos de comunicación horizontal y menos aún de flujo transversal, que el solo implementarlos incrementan la cohesión interna.

Para el jefe de la Oficina de Comunicaciones (E6) es más fuerte el vínculo entre trabajadores del mismo rango que entre los que establece con sus superiores

He observado y he corroborado con algunos estudios en donde se dice que un colaborador confía más en un colaborador de su nivel, que un directivo. Entonces lo que le diga un colaborador a otro igual, lo considera como verdadero, y si un superior lo dice, lo tiene que corroborar con terceros.

El trabajo en equipo si es por orden no va a surgir efecto; si ellos lo practican es porque lo consideran importante. De pronto si el jefe logra concientizar para que trabajen en equipo, lo hacen, pero si no logran, con una orden no los va a mover.

Muestra de estas expresiones de integración se observan en los días cívicos que impulsa la institución y en la que participan grupos organizados de los distintos departamentos y servicios.

[Entre los ejemplos más visibles de trabajo en equipo], está Rehabilitación, Psicología, Enfermería como departamento, entre otros. (E6)

[En nuestra institución] hay trabajo colaborativo, pero no en su totalidad. (E6)

5.2.3.4.4 Integración y prevención del contagio de TBC

La salud en el trabajo se sostiene en la integración de los trabajadores. Sin embargo, ante la lucha contra la tuberculosis al interior del trabajo, la respuesta de los trabajadores no es una sola, ya que hay diversidad de grupos, por profesión, por forma de educación, etc. Como también hay grupos que no les interesa, ni siquiera piensan que pueden desarrollar la integración. Esto no es nuevo para la teoría, ya que autores como Fernández Collado (2001) y Castillo en González D. y Olmos A. (2012) comprenden que la comunicación e integración nace de las diferencias y que el logro no es la homogeneidad de pensamiento antes bien su interdependencia e interrelación. Asimismo, Pierre Jardillier (1992) habla de adaptación y flexibilidad como dos atributos de la comunicación en el presente y futuro.

Como señala el entrevistado N° 06, de los grupos que, si se integran para la prevención,

son aquellos que tienen algún nivel de formación o preparación más adecuada. Aquellos que no se integran, es por su información, conocimientos, que no le dan la importancia real. [Suelen decir], 'yo no me enfermo', 'si me enfermo me moriré' y respuestas tan bruscas como éstas se puede encontrar. (E6)

Asimismo, al interior de la Estrategia también se hacen necesario fortalecer el trabajo en equipo ante las distintas tareas asignadas. Como señala el entrevistado N° 04

que falta fortalecer el trabajo en equipo para participar en reuniones de comité. Las charlas lo realizamos dos neumólogos; junto con enfermería hacemos el seguimiento, vigilar, monitorear. (E4)

También está en juego el liderazgo institucional frente a la prevención. Para que exista un buen clima de comunicación debe existir un líder quien debe ejercer autoridad, ser ejemplo, y ser facilitador de la integración.

Quizás falta de liderazgo a algunas áreas. Tienen conocimientos como que la persona se protege sola, pero las áreas que no tienen líderes, ellos piensan que no va a ser contagiados, esos compañeros no saben que en este hospital puede suceder en cualquier momento. (E6)

5.2.3.5 Imagen

5.2.3.5.1 Imagen de la organización hacia los trabajadores

¿Cómo queda en la memoria de los trabajadores todo lo que se hace en la Estrategia de prevención de la tuberculosis? ¿Cuántos de los trabajadores que exitosamente completaron el tratamiento de estrategia recomendarían a otro compañero atenderse o hacerse un diagnóstico en Hospital Hipólito Unánue? Como señalan Costa (1992), “la imagen es la resultante de múltiples y diversos mensajes que, acumulados en la memoria colectiva, configuran una globalidad significativa capaz de influir en los comportamientos y determinados” (p. 20) Partiremos por el análisis de la imagen o reputación institucional para luego pasar a la imagen de la Estrategia de prevención de la tuberculosis.

Para el Jefe de Comunicaciones, entrevistado N° 06, el concepto de imagen es incorrecto, él propone analizar la organización desde la reputación organizacional.

Yo no utilizaría la palabra imagen, más bien ahora tratamos de formar reputación; recordemos que la imagen es momentánea, la reputación es lo que queda, es cómo te percibe, te reconoce la gente y sobre eso es que buscamos trabajar, es decir tener una buena reputación con los trabajadores, con la comunidad, y mientras más grande sea nuestra reputación ante los problemas o las crisis, eso nos va a ayudar a permanecer parados. (E6)

[En cuanto a la reputación organizacional, desde la Oficina de Comunicaciones] estamos tratando de crearla y afianzarla con los temas médicos, porque somos un hospital; entonces difundimos avances, casos exitosos, difundiendo también el lado humano en la atención de salud. Todos esos aspectos se están tratando de difundir, para que la gente lo recepción, y eso es un aspecto, porque el otro aspecto es cuando ellos [trabajadores, pacientes] lo vivan. Yo te puedo decir el hospital tiene los mejores ambientes, los mejores médicos, las mejores intervenciones, y eso genera una expectativa, y si todo lo que he dicho de mí, no lo corroboras vivencialmente se va a caer. Yo [como institución] doy la imagen y el [paciente, trabajador] al corroborarlo eso se convierte en reputación. (E6)

La consigna de parte de la Oficina de Comunicaciones (E6) es facilitar el proceso de valoración que hace el trabajador de su institución durante toda su etapa laboral, en este caso de un punto de vista positivo:

[Entonces a nivel de reputación] tratamos de resaltar los aspectos favorables; tratamos de decir a la gente que brindamos buenos servicios, pero también ese es un compromiso que generamos al trabajador. Si yo estoy promocionando que soy, la gente puede creerme y crear una expectativa, entonces uno como trabajador se compromete con eso y se trata de hacerlo bien.

[En términos de mejora de la reputación] no hay una medición oficial, pero si hay una percepción de ciertos sectores internos que hemos mejorado; y también se observa en la percepción que tienen otras instituciones del sector, ya que me lo comentan, me escriben, me lo preguntan; por ejemplo, a raíz de nuestras publicaciones en relación a casos médicos exitosos, nos llaman para ver si podemos asumir un caso nuevo y coordinamos, si hay posibilidad, se concreta esta acción.

Según el entrevistado N° 06, para el caso de la percepción de la imagen de los trabajadores en relación a su institución:

tenemos las redes sociales que ayudan mucho en eso, donde a través de los comentarios he podido identificar una serie de trabajadores en el cual felicitan por la acción realizada; felicitan a otros trabajadores que han intervenido; felicitan a las autoridades por apoyar eso. (E6)

Se puede señalar entonces que la tendencia interna de fomentar una reputación es a crear imágenes positivas de la organización, una realidad aparente que no hace más que poner en incierta la imagen de la institución para con sus propios trabajadores. (*Problemas por una cultura basada en el secretismo y la desconfianza*, Formanchuk, 2014)

5.2.3.5.2 Imagen de los trabajadores de su propia institución

Parte del trabajo que hace la actual Oficina de Comunicaciones por posicionar la imagen de la institución en el trabajador es comunicar solo “los logros de hoy”, sin embargo, olvida en cada acción las historias de lo que fue, y lo que aspira a ser la institución, dejando de lado un gran bagaje cultural en el olvido, que según Costa Sánchez (2011) generaría el sentimiento de equipo y de orgullo de pertenencia.

Yo creo que si hay [una imagen] más favorable que desfavorable, y eso va en función a que la gente nueva tiene otro pensamiento, mayor preparación hasta el nivel de cultura y la gente antigua con el paso del tiempo están disminuyendo. [Desde este punto de vista] hemos tratado de trabajar diciendo: oye si tú eres una persona nueva, profesional, no adoptes pensamientos ni posturas de personas que no están en lo correcto. Yo he tratado personalmente de transmitir esto con la gente en reuniones, en conversaciones, y yo creo que en algo debo haber contribuido porque he visto cambios. (E6)

5.2.3.5.3 Imagen de la Estrategia de prevención de la TBC

La imagen de la estrategia de prevención de TBC está matizada por varias reacciones que a lo largo de sus más de cuatro años de implementación ha ido acarreado de parte de los trabajadores.

[En cuanto a la imagen de la Estrategia] creo que es favorable pero no la ideal, porque todavía hay grupos resistentes a eso, y porque en el caso positivo, la gente si entiende las charlas, las medidas de prevención, de hacer sus despistajes cada cierto tiempo. Si lo entienden, hasta lo exigen. Van y preguntan acerca de cuál es el turno de su servicio para las charlas, se ha generado una necesidad de que se haga eso. (E6)

[A partir de la imagen de la Estrategia] he escuchado conversaciones, comentarios a favor de que la institución se preocupa por el trabajador. Por ejemplo, el gremio de enfermeros señaló que esta actividad que hace el hospital de capacitar a la gente, ellos lo recepcionan como algo favorable y aun así no exista vale alimenticio ellos van seguir acudiendo a las capacitaciones para prevenir la TBC. (E6)

Uno de ellos tiene que ver con la imagen de que la prevención de la tuberculosis es posible siempre y cuando exista el bono de alimentación para el trabajador. Según el entrevistado N° 06

De repente relacionen la Estrategia con el tema de los bonos, porque eso fue el mensaje en años anteriores, pero actualmente el vale o bono alimentario no condiciona la asistencia de la gente. (E6)

Si bien el bono alimenticio ha sido una táctica de marketing que permitió acercar la Estrategia a los trabajadores con un concepto de alimentación sana para un cuerpo sano, la mejor garantía para el posicionamiento es que sus mismos objetivos se cumplan entre ellos la adherencia a la prevención, etc.

El comportamiento de [adherencia a la prevención] contribuye a la buena imagen de la institución. Si el mismo trabajador se concientiza, lo reconoce y lo aplica, que más se puede pedir. Y eso es parte de nuestra imagen. (E6)

Entre las ventajas que ofrece el creciente fortalecimiento de la imagen de la Estrategia de prevención de la tuberculosis, según el especialista de comunicaciones, se encuentran el trabajo interdisciplinario fortaleciendo ciertas especialidades. Y esto es una tarea magnánima como dice Valdivia (2005) quien señala que la tarea de generar una imagen óptima es que la prevención de la enfermedad siempre esté en “la agenda pública y asimismo comprometiendo a todos en la toma de decisiones que conlleven a una mejora de la salud para todos.” (p. 50)

tenemos una fortaleza que el programa de tuberculosis junto con epidemiología trabaja en conjunto el tema de la tuberculosis. Por ahí donde tenemos la mayor fuerza. (E4)

Nosotros a través de epidemiología como todo trabajador antes de venir un residente o un interno tiene que pasar por epidemiología lo exigimos. (E4)

Lo que trabajador siente que su hospital se preocupa de ellos con los rayos x gratuitos, cuando le dan tiempo disponible para capacitarse. Al inicio ve que hay un compromiso para el hospital. (E6)

Por consiguiente, incluso para los mismos especialistas de la Estrategia señalan que pese a sus limitaciones, este programa ha proyectado una imagen favorable al interior

y al exterior de la institución. Al interior que a veces el trabajador de a pie no ve o no quiere ver, pero que en el exterior es más visible el éxito. Se habla de que este hospital debido a su compromiso con la salud de sus trabajadores y la lucha denodada contra la tuberculosis es un hospital que va controlando los riesgos de enfermedades como la tuberculosis y poniendo en los antecedentes en la historia de la salud ocupacional, un hito de mejora sin comparación. Esto se puede leer de manera teórica desde lo que señala Villafañe (1999), con su comportamiento corporativo (imagen funcional), cultura corporativa (autoimagen) y personalidad corporativa (imagen intencional).

Como hospital de referencia de tuberculosis siempre vienen las críticas de los trabajadores diciendo que estamos en riesgo alto sin embargo no somos el hospital con más casos de tuberculosis; estamos históricamente en un 4to lugar; hay otros hospitales que tienen mayor n° de casos en los cuales aún no se toma una decisión pasa a radicar. (E3)

Impacto de la comunicación en la salud ocupacional

La comunicación interna en la promoción y defensa de la salud ocupacional del Hospital Hipólito Unánue tiene grandes potencialidades a partir de lo que viene aprendiendo en la implementación de la Estrategia de lucha contra la tuberculosis. Sin embargo, al no estar orgánicamente llevado o liderado por las autoridades competentes pierde el brillo, y por más estrategias de comunicación, las pocas acciones que se hagan van a parar al olvido o a la crítica sin aprender de los errores (*Problemas por falta de credibilidad*, Formanchuk, 2014)

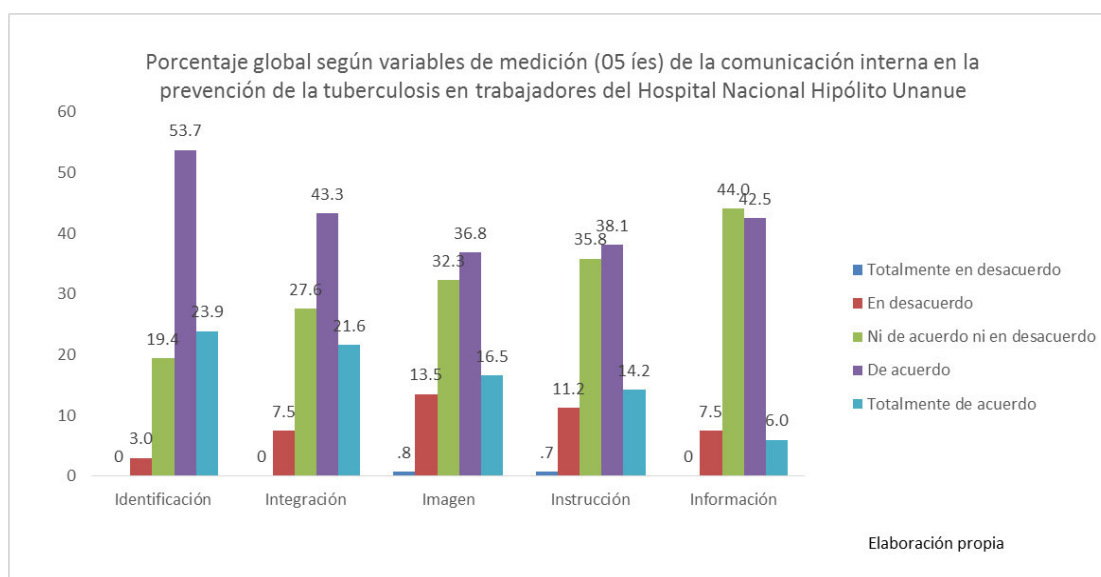
Por otro lado, el fenómeno de la salud ocupacional en el HNHU es realmente complejo, toda vez que existe el departamentalismo que causa que los jefes y trabajadores no vean la necesidad de un sentido de urgencia institucional. La clásica división de la zona administrativa con la zona asistencial demuestra que no todos apuestan por convertir a la salud ocupacional como un tema urgente.

Finalmente, la comunicación interna alrededor de la salud ocupacional nos llama a la reflexión porque la cultura de salud de nuestros trabajadores es muy vasta, ya que dentro de la institución habita el estilo de cuidado de salud de cada trabajador versus el estilo institucional de cuidado de la salud para el caso de tuberculosis.

5.3 Resultados de encuesta

A continuación, se presentan los resultados de la satisfacción con la comunicación interna en salud por parte de los trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue. Cabe recordar que se usó la técnica Top Two Box (TTB) el cual consiste en sumar las dos opciones superiores (*de acuerdo* y *totalmente de acuerdo*) para la puntuación puntuar del grado de satisfacción de las dimensiones de la comunicación interna analizadas.

Gráfico N° 21: Porcentaje global de las cinco variables de medición de la comunicación interna en la prevención de la tuberculosis del HNHU



En gráfico N° 14 se puede apreciar los resultados de la variable de satisfacción con la comunicación interna en salud analizados a través de sus dimensiones evidenciando una mayor actitud favorable por parte de los encuestados en la dimensión identificación con un 77.6%, y la con menor, es la *variable información* con 48.5%. Ésta última no supera el 50%, medida que sobrepasan las cuatro primeras variables.

A continuación, se presentan los puntajes de los resultados de las dimensiones de la variable de estudio. Cabe resaltar que solo se presentarán los porcentajes aprobatorios que están en función a las respuestas “*de acuerdo*” y “*totalmente de acuerdo*” que se encuentran en el cuestionario utilizado.

5.3.1 Variable 01: Identificación

Resultado del análisis de la dimensión *identificación* de la satisfacción con la comunicación interna en salud. (Ver cuadro N° 32)

Cuadro N° 32: Cuadro de resultados de la dimensión *Identificación*

Items de Identificación evaluadas	Porcentaje
¿Me siento orgulloso de trabajar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?	78.36
¿Considero que saber cómo prevenir las enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) es uno de los conocimientos más importantes para mi buen desempeño?	69.40
¿Me siento identificado con las acciones de prevención de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) impulsadas desde mi institución?	40.30

Se puede apreciar en la Cuadro N° 32 la mayor actitud favorable por parte de los encuestados es la *identificación con el Hospital* con un 78.36%; mientras la que obtuvo menor porcentaje es la *identificación con las acciones de prevención de enfermedades (Estrategia de control de tuberculosis)* con un 40.30%.

Interpretación: Se observa que el trabajador está más identificado con su institución antes que con las acciones de prevención de las enfermedades. En general, esta dimensión es la más alta en aprobación por parte de los encuestados.

5.3.2 Variable 02: Información

A continuación, se analizó cada uno de los factores que constituyen esta dimensión (Ver cuadro N° 33):

Cuadro N° 33: Cuadro de resultados de la dimensión *Información*

Items de Información evaluadas	Porcentaje
¿Es frecuente que la información que recibimos de la institución es sobre temas con importancia?	31.34
¿Me entero de más cosas de la institución por lo que dice la comunicación oficial de la Dirección General, que por lo que dicen mis compañeros?	32.84
¿Los objetivos que ha trabajado la institución sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades como la tuberculosis es conocido por todos los trabajadores y no solo por quienes los han formulado y gestionado?	36.57
A través de los canales internos (como los periódicos murales, documentos, etc.) recibo información acerca de los avances de cómo va el trabajo de prevención de la enfermedad (TBC y otros) en la organización?	28.36
¿A través de canales internos recibo información sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis entre otras enfermedades)?	26.12

Descripción: Se puede observar en la Cuadro N° 33, la mayor satisfacción por parte de los pacientes se enfoca en *los objetivos de la institución sobre cómo prevenir la tuberculosis es conocido por los trabajadores* que obtuvieron un 36.57%, mientras que el más bajo con un total de 26.12%, se debe a la *información que se recibe por los canales internos*.

Interpretación: Se observa que, pese al nivel bajo en puntaje, es más conocida para los encuestados la información que se brinda por parte de la estrategia de prevención, que la misma información institucional; por otro lado, el uso de canales para la prevención no es satisfactoria por parte de los encuestados, lo cual se puede inferir no son los más adecuados para lograr comunicar mensajes de prevención de la tuberculosis.

5.3.3 Variable 03: Instrucción/capacitación

Los factores de la *dimensión Instrucción* son las siguientes (Ver cuadro N° 34):

Cuadro N° 34: Cuadro de resultados de la dimensión *Instrucción*

Items de Instrucción evaluadas	Porcentaje
¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en conceptos teóricos</u> en prevención de contagio de enfermedades en el trabajo (como la tuberculosis)?	28.36
¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo aplicar</u> en la vida diaria los conocimientos de prevención de contagio de enfermedades en el trabajo?	49.25
¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo comunicar</u> a mis compañeros lo que aprendí acerca de la prevención del contagio de enfermedades?	39.55
¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo organizarnos</u> con mi equipo de trabajo para realizar iniciativas de prevención de contagio de enfermedades?	36.57

Descripción: En la Cuadro N° 34, se observa que la mayor actitud favorable de los encuestados se relaciona con la *capacitación en cómo aplicar en la vida diaria los conocimientos de prevención de contagio de enfermedades en el trabajo con 49.25%*, mientras que la *capacitación sobre conceptos teóricos en prevención de contagio de enfermedades obtuvo el porcentaje menor con 28.36%*.

Interpretación: Los encuestados se sienten más satisfechos con los conocimientos prácticos que reciben en los talleres; pero no se les dice cómo hacerlo. Peor aún, en cómo organizarse para fomentar la prevención de la TBC. La insatisfacción general está en las terminologías médicas, las teorías de salud, que abundan en las charlas.

5.3.4 Variable 04: Integración

A continuación, el puntaje de la dimensión *integración* (Ver cuadro N° 35):

Cuadro N° 35: Cuadro de resultados de la dimensión *Integración*

Items de Integración evaluadas	Porcentaje
¿En esta institución tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias?	43.28
¿Normalmente recibo de mis compañeros de trabajo respuestas rápidas y oportunas a las dudas que tengo?	46.27
¿Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi lugar de trabajo?	48.51
¿Formó parte y estoy integrado en actividades de prevención de contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que desarrolla mi organización?	44.78
¿En esta institución se promueve la participación e integración de los trabajadores como uno de los elementos claves de la prevención del contagio de las enfermedades como la tuberculosis?	41.79

Descripción: A través de la Cuadro N° 35 se observa que la *interacción con otros compañeros para la mejora del trabajo* tiene un 48.51%, mientras que con el menor porcentaje está la *promoción de la participación de los trabajadores en la prevención del contagio de enfermedades como la tuberculosis* con un 41.79%

Interpretación: Los encuestados resaltan más la integración como parte del trabajo diario, que como parte de las acciones de prevención de las enfermedades y en especial de la TBC. Sienten que no hay preocupación institucional por generar procesos de integración para dar batalla a las enfermedades propias del trabajo.

5.3.5 Variable 05: Imagen

La dimensión imagen presenta los siguientes resultados (Ver cuadro N° 36):

Cuadro N° 36: Cuadro de resultados de la dimensión *Imagen*

Items de Imagen evaluadas	Porcentaje
¿Es favorable la imagen que tengo de mi organización?	41.79
¿Tengo una percepción favorable sobre las soluciones al tema del contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que realiza mi institución??	43.28
¿Tengo una percepción favorable del trabajo que se viene haciendo en mi organización en relación a la prevención de las enfermedades como la tuberculosis?	40.30

Descripción: Se puede observar en la Cuadro N° 36, la *percepción favorable sobre las soluciones que se realizan para evitar el contagio de enfermedades* tiene el 43.28%; mientras que con un 40.30%, lo obtuvo la *percepción favorable del trabajo que vienen haciendo en mi organización en relación a la prevención de enfermedades*.

Interpretación: Para los encuestados existe un poco más potencial de credibilidad en lo relacionado a las acciones de prevención que con lo que hace el Hospital a nivel general. Ambas brechas son importantes ya que definen la manera cómo los trabajadores dispondrán sus intereses y actitudes frente a la prevención de la tuberculosis como también con la institución promotora de la prevención.

5.4 Análisis respecto al objetivo 1: *Identificar los aspectos contextuales de la comunicación interna y la salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue.*

La comunicación interna en salud no tiene un soporte institucional de ninguna parte de la jerarquía que sostiene a la estructura del sector salud. Por lo mismo es difícil ver, que existan protocolos o guías de comunicación organizacional, o ejemplos de planes de comunicación que se dirijan a fortalecer internamente a los hospitales del MINSA o afines. Lo único que pudo observarse fueron las estrategias comunicacionales planteadas como soporte a las políticas de salud dirigidas desde el MINSA, cuya aplicación busca la modificación de conductas, creencias, hábitos de salud en la lucha contra distintas enfermedades y epidemias identificadas y dirigidas hacia la ciudadanía en general.

Por la estructura de las funciones que presenta la unidad de comunicación el HNHU se puede inferir que posee poca capacidad de acción para facilitar procesos internos de comunicación, menos aún en procesos de comunicación en salud ocupacional; entonces, vemos, por ejemplo, que las herramientas de comunicación en salud ocupacional, son las mismas que la utilizan para la ciudadanía en general, lo cual redundo en la lejanía de las acciones de comunicación interna con el trabajador.

Si bien no existe un plan, ni acciones concretas a fortalecer la comunicación interna en salud ocupacional, la unidad de comunicaciones se esfuerza por comunicar entorno a la novedad. Como señala el responsable de la unidad lo que se busca es la “identificación del trabajador” para con las proezas médicas o logros de gestión. Esto tendría un peso importante en la memoria colectiva de la institución sino fuera porque nada de esa información hace eco en la cultura organizacional. Cabe resaltar que parte de la existencia de información dirigida a los trabajadores en torno a la salud en el trabajo, es elaborada y difundida por áreas relacionadas al trabajador como la Oficina de Personal, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Epidemiología. Éstas áreas contribuyen a que el trabajador pueda tener otras fuentes de información que no lo da la comunicación oficial.

Los canales preferentes para la comunicar internamente la salud son los afiches, el periódico mural y las comunicaciones escritas en un gran porcentaje. El problema surge cuando a través de éstas últimas se pretende satisfacer las necesidades de información del público interno y más aún generar la importancia que merece la salud en el ámbito laboral.

Tanto las invitaciones a las charlas sobre tuberculosis, como a las actividades médicas de descarte de tuberculosis, los bonos alimenticios se transmiten vía memorandos y circulares a los jefes quienes tienen la orden de que sus colaboradores se enteren.

Por el lado de los afiches, al ser usadas por las campañas publicitarias del MINSA diseñadas para la ciudadanía, no tienen la identidad gráfica del hospital, ni los mensajes ni dibujos aluden a la realidad interna del hospital. Este tipo de canal es realmente un gasto innecesario para el Hospital porque no es recepcionado con agrado por los trabajadores. No muy lejos de la poca efectividad en comunicación, está el caso del periódico mural principal, donde se observa que no existe un lugar para los temas de salud ocupacional. Contrariamente es el canal con mayor visita por parte de los trabajadores. También está la comunicación vía redes sociales (facebook) con menor presencia y protagonismo, donde se comunica todas las estrategias del MINSA, y donde unos pocos trabajadores poco a poco lo ven como un medio para demostrar su valoración al mensaje.

A comparación de los canales descritos anteriormente, la comunicación interpersonal es la más influyente herramienta la hora de tomar decisiones en salud. Como veremos más adelante la institución no dialoga sobre la salud, y habita en el tabú (en el caso de los trabajadores enfermos de tuberculosis cuyo anonimato produce mitos y prejuicios) y los mitos profesionales (ocurre en el caso de algunos médicos de quienes se escucha que no necesitan de conocer ni prevenir); en otras palabras, la comunicación habita en la informalidad.

Por otro lado, el liderazgo institucional de la comunicación interna es débil comparado con lo que puede hacer algunos órganos internos con su propia agenda y táctica. Esta realidad es la que aparece en el fondo de las acciones de salud ocupacional; son pocos los departamentos y servicios (como enfermería, Medicina física y rehabilitación, Neumología, etc.) que reaccionan favorablemente a los mensajes de las Estrategias de salud ocupacional como es en el caso de la prevención de tuberculosis; esto también se puede apreciar entre los trabajadores segmentados por área administrativa y asistencial, donde la mayor participación para la prevención proviene de la parte administrativa. Los liderazgos se ven en algunos jefes inmediatos, pero mayormente por la contribución de los equipos cuyas culturas son fuertes internamente.

A modo de resumen, diremos que la comunicación organizacional interna de la institución no tiene las condiciones esenciales para poder ser de apoyo al desarrollo de la comunicación de la prevención de la tuberculosis en los trabajadores. La Estrategia necesita una plataforma comunicacional institucional donde exista un facilitador, que conozca no solo de la gerencia de la comunicación sino también del enfoque preventivo de la enfermedad a fin, porque la comunicación cumple un rol no solo técnico sino también político dentro del campo de la salud. La estrategia al generar procesos comunicacionales independientes a la que existe en la organización ocasiona duplicidad de funciones, que la Unidad de Comunicación no se esmere en gerenciar este activo; y en el peor de los casos, confundir a los beneficiarios, que la salud es posible siempre y cuando la presencia médica es tangible.

5.5 Análisis respecto al objetivo 2: *Describir las características de la comunicación interna del Hospital Nacional Hipólito Unánue y su posibilidad de contribución al desarrollo de estrategia de salud ocupacional dirigida hacia sus trabajadores*

Partiendo de la premisa que la comunicación que se suscitó en el marco de la Estrategia de prevención de la TBC

En identificación, se destaca que los empleados sienten que pertenecen a la institución. Aunque existe una marcada departamentalización del trabajo, el empleado se siente orgulloso de ser parte de la organización total. Sin embargo, no es lo mismo con el tema de las acciones de salud ocupacional, y peor aún con la Estrategia de prevención de la tuberculosis. El trabajador del Hospital Hipólito Unánue relaciona salud en el trabajo con la obligación de llevar mecanismos de seguridad contra riesgos en el trabajo, el vínculo no es emocional si no racional o en algunos casos imitativo por algún estímulo negativo; lo que no se observa son las razones de fondo que llevan a cuidar la salud; lo mismo en el caso de la estrategia

En información, en esta dimensión se observa los efectos negativos de la lentitud en la actualización del diseño organizacional que afecta a los flujos de comunicación. El verticalismo jerárquico no permite que fluya satisfactoriamente la información que dinamiza las decisiones y el trabajo diario, tal es así que difícilmente podemos observar que los trabajadores sepan su visión y misión organizacional pese a las campañas de

publicidad que realiza la Alta Dirección a través de su unidad de comunicación. Uno de los nudos críticos del diseño organizacional que afecta a la información se suscita en el mando medio (jefes de departamentos y servicios, además de Comités ad hoc) cuyos esfuerzos se ven cortos por el débil liderazgo, el desconocimiento de procesos de comunicación, canales fríos que hacen que la información organizacional no permee en los lugares precisos o en el peor de los casos se distorsione la información. Esto impacta en que en el nivel operativo sucedan situaciones como que sensación de falta de información, o en liderazgos informales que mueven la expectativa de los trabajadores. El escenario donde se observa este fenómeno es en la de salud ocupacional y precisamente en el contexto de la Estrategia de prevención de la tuberculosis. Aquí también se dan situaciones donde se mueven muchos mitos (“si se dan cuenta que estas enfermo de la tuberculosis te botan del trabajo”) y falacias (“el médico sabe más por eso no puede ser contagiado por la TBC”) que bombardean el imaginario de salud de los antiguos y nuevos trabajadores. El trabajador siente como señalan las estadísticas en *información*, que los objetivos de la prevención de la tuberculosis no están claros, y que los canales internos no son los más ideales para comunicarlos.

En instrucción, la gestión del conocimiento en el escenario de la Estrategia de prevención valora prioritariamente lo cognoscitivo antes que otras competencias para hacer frente a la tuberculosis en los lugares de trabajo. Si bien los trabajadores están de acuerdo, como señalan las estadísticas en *instrucción*, con que se les enseña conocimientos sobre prevención para la vida cotidiana en el trabajo, no lo saben aplicar o no lo que hacen no es sostenible. A parte de ello, señalan que no tienen en claro los conceptos que se manejan en medio de la prevención (como se puede apreciar en la parte cuantitativa de esta dimensión). Esta problemática tiene una serie de causales que no está siendo atendida por los responsables de la Estrategia. Es interesante observar que el área facilitadora de la comunicación se exima del fortalecimiento de habilidades comunicativa de los trabajadores del Hospital Hipólito Unánue. Esto refuerza la idea de que no se está gestionando la comunicación interna. Al no ser parte importante de la Estrategia de prevención, sueltan una enorme responsabilidad en profesionales cuyas buenas motivaciones no hacen que la sociabilización se convierta en un aliado para la sostenibilidad de las acciones de prevención.

La instrucción que se da en Estrategia de prevención de la TBC no genera participación activa, ni liderazgos. Entre los principales mitos en la gerencia de la Estrategia están (“son más de 2000 trabajadores; es difícil llegar a todos ellos, por lo tanto, se hace lo que está a nuestro alcance”). El impacto de esta forma de pensar que dista de empoderar al trabajador, hace que el único espacio de comunicación como es la charla tenga problemas para poder llegar a la gente. Por un lado, la parte logística, de espacio físico y tiempos, pero de otro lado, la ineffectividad de los pocos canales de comunicación con las que cuentan (como fue el uso de audiovisuales y a partir de ello, la formación de equipos de trabajo para la prevención). Otra de las debilidades es que las charlas están estandarizadas en conocimientos que se repiten año a año a través de las diapositivas. Como señalan algunos entrevistados es tiempo de pasar de la pasividad a la participación, a la formación de equipos, dando voz a la gente, y empoderándolos como creadores de conocimientos en torno a la prevención de la tuberculosis.

En *integración*, el Hospital Nacional Hipólito Unánue adolece de integración de su personal. Los facilitadores de la integración entre ellos la unidad de comunicación cada quien busca una ‘integración’ momentánea o esporádica desde sus supuestos funcionales. En algunos casos la Dirección General busca integrar mayormente a nivel medio (jefaturas de departamentos y servicios) ante la aparición de una urgencia. Luego de superado el incidente, todo vuelve a la normalidad, que diluye más el tejido organizacional. Por otro lado, los trabajadores prefieren contactarse, creerle a un compañero de trabajo antes que su propio jefe; esto es un ruido negativo a la construcción de la confianza y la imagen del departamento o servicio.

En el plano de la Estrategia de la prevención de la tuberculosis los pocos servicios que se integran entre ellos para poder hacer frente a esta enfermedad se ven desafiados por prejuicios profesionales que buscan ostentar la invulnerabilidad ante el riesgo de contagio (“yo soy médico y no puedo contagiarme”, por ejemplo,); como revelan algunos entrevistados en la parte de integración, los prejuicios pueden más ante una débil integración de grupo, donde incluso muchos lo hacen de manera forzada.

Otra ventana de análisis es lo que sucede al interior de la organización de la Estrategia de prevención es que hay un débil trabajo en equipo. La demanda hace que la organización interna colapse y fácilmente ataque las estructuras de empatía y compañerismo entre los mismos trabajadores, ocasionando demoras en las charlas,

descoordinación, agotamiento, entre otras consecuencias. Esto puede convertirse en un pasivo negativo para la imagen que tienen los trabajadores de la Estrategia. A falta de liderazgos coherentes, y el sentido de unidad la integración institucional a nivel de los objetivos de la prevención de la tuberculosis se ve imposibles de alcanzar.

Tengamos en cuenta que la integración es una dimensión de la comunicación interna que aporta enormemente al grado de vulnerabilidad de una institución. Aquí confluyen la identificación, la información, la instrucción, así como la imagen que los propios trabajadores tienen de su organización. ¿Qué concepto de hospital se está posicionando en el trabajador?

En *imagen*, la unidad de comunicación del Hospital Nacional Hipólito Unánue tiene un gran interés antes que las demás dimensiones. Su carácter periodístico – difusionista le permite moverse más rápido en la parte institucional, generando procesos de comunicación interna provechosos para la institución y la Estrategia. En ese sentido, se han venido desarrollando acciones puntuales, comunicando solo “lo positivo del hospital”. Ya sea a través del periódico mural y principalmente de las redes sociales, el Hipólito Unánue vende una imagen de eficacia y vanguardia. Alrededor de ella se abren interacciones que hablan de una imagen buena del Hospital, pero esto es perecedero ya que no existe el eco en las acciones cotidianas. El peligro de comunicar “lo positivo” es parcializar la imagen sistémica, que no resiste ante una denuncia periodística o personal de algún paciente o trabajador. Algunas áreas entienden que el hospital necesita aliento o motivaciones para seguir desarrollándose, cuando en realidad, lo que se hace es comunicar solo lo que es conveniente.

Es por tal razón que la imagen de la Estrategia de prevención no es poderosa; la imagen de este programa de salud ocupacional se sostiene de un estímulo económico para poder perdurar en el tiempo. Los trabajadores asisten siempre y cuando reciban una bonificación. Han creado como un contrato psicológico monetario con la institución de que cualquier acción a favor del trabajador, también debe pagarle. Queda claro, que el problema no son los estímulos cuando en verdad buscan la adherencia y es parte de un proceso gradual que implique desaparecer el mismo estímulo; el problema al día de hoy es que parece no haber otro reemplazo a ello, que genere una participación consciente del trabajador y no simplemente guiado por un estímulo económico.

Aun así, la imagen de la Estrategia sigue evolucionando aparentemente con una percepción favorable sobre lo que plantea para evitar el contagio de la tuberculosis (esto en las charlas), pero no para el trabajo que vienen haciendo en la organización, según las estadísticas en la dimensión *imagen*.

5.6 Análisis respecto al objetivo 3: *Analizar los factores críticos de la comunicación en la prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue*

Existen tres factores críticos importantes en torno a la dinámica de la comunicación interna que se han observado en la Estrategia de prevención de la tuberculosis, que hablan de una relación entre ellas.

La primera de ellas es que desde el origen de la Estrategia se decidió que la comunicación interna debía ser guiada por el criterio médico, bajo los parámetros de los manuales de comunicación del MINSA. El predominio del concepto de salud como tema netamente biológico, generó que los líderes que iniciaron la Estrategia no tomaran en cuenta al líder del proceso de comunicación interna, que es la Unidad de Comunicaciones, ni menos pensasen en la gestión de la misma. El efecto inmediato es que la comunicación se vea en teoría como importante para la prevención, pero en la práctica, no sea más que el último punto de agenda, negando la evolución de la comunicación en salud que hoy sabemos tiene el potencial integrador, y generador de participación efectiva.

Por otro lado, la Unidad de Comunicaciones no representaba el actor facilitador del proceso de comunicación organizacional que la Estrategia necesitaba para sus fines. Su enfoque instrumentalista, de difusión y de corte más institucional no hacía más que restar importancia a los fenómenos comunicacionales que ocurren al interior de la organización. Es por esta razón que raras veces se conectaban a los procesos de promoción y prevención en salud entre las cuales está la Estrategia de TBC. En la actualidad están ingresando como actividades de prensa con las cuales buscan informar como logro de gestión mas no como logro organizacional. Esto causa un efecto de distorsión, que resquebraja la integración en relación al tema de la prevención. Se hace memoria que el tema político siempre puso en duda el tema de la comunicación como instrumento de desarrollo.

En cada servicio o departamento asistencial u oficinas administrativas, la comunicación informal puede más que la que se “dirige” desde el equipo de trabajo de la

Estrategia. Es en estos micro escenarios donde sí se validan actualmente las creencias y hábitos en relación a la prevención de la tuberculosis, obviamente a espaldas de la lenta comunicación formal. La fuerza de esta comunicación informal, y aunque no parece tener adeptos declarados, muchos trabajadores actúan sutilmente en función de estas lógicas, más aún si vienen de sus propios jefes. Esto causa un grave efecto en la cultura de salud entre los trabajadores, fomentando que la presencia de los problemas de salud como obesidad, hipertensión diabetes, persista solo buscando ayuda médica, y sin que los trabajadores sean parte de la propia solución de sus propios problemas; todo esto componen junto a la tuberculosis la problemática de la salud ocupacional al interior.

En síntesis, la comunicación interna para la Estrategia de lucha contra la tuberculosis es básicamente informal, desarticulada, sin liderazgo y con poca capacidad de respuesta para brindar soporte a un proceso de tal magnitud en las siguientes oportunidades.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que la satisfacción con la comunicación interna en salud por parte de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Hipólito Unánue es negativa.
2. El resultado se explica a través del análisis de las cinco dimensiones de la comunicación interna en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis, las cuales lograron los siguientes puntajes:
 - La satisfacción con la comunicación interna en el desarrollo de la identificación del trabajador con la prevención de la tuberculosis (77.6%)
 - La satisfacción con la comunicación interna en el desarrollo de la integración de los trabajadores para participar en la prevención de la tuberculosis (64.9%)
 - La satisfacción con la comunicación interna en el desarrollo de una imagen favorable de las acciones de prevención de la tuberculosis ante los trabajadores (53.3%)
 - La satisfacción con la comunicación interna en el desarrollo de los procesos educativos hacia los trabajadores en relación a la prevención de la tuberculosis (52.3%)
 - La satisfacción con la comunicación interna en el desarrollo de la información para la prevención de la TBC (48.5%).
3. En la dimensión IDENTIFICACIÓN, el 78.36% de los encuestados presenta una mayor actitud favorable hacia la institución; mientras que el 40.30% con menor porcentaje, presenta una identificación con las acciones de prevención de enfermedades (estrategia de control de tuberculosis).
4. En la dimensión INFORMACIÓN, el factor con mayor satisfacción por parte de los pacientes se enfoca en los objetivos de la institución sobre cómo prevenir la tuberculosis es conocido por los trabajadores que obtuvieron un 36.57%, mientras que el más bajo con un total de 26.12%, se debe a la información que se recibe por los canales internos.

5. En la dimensión INSTRUCCIÓN, se observa que la mayor actitud favorable de los encuestados se relaciona con el factor capacitación en cómo aplicar en la vida diaria los conocimientos de prevención de contagio de enfermedades en el trabajo con 49.25%, mientras que en el factor capacitación sobre conceptos teóricos en prevención de contagio de enfermedades obtuvo el porcentaje menor con 28.36%.
6. En la dimensión INTEGRACIÓN, el factor interacción con otros compañeros para la mejora del trabajo tiene un 48.51%, mientras que con el menor porcentaje está el factor promoción de la participación de los trabajadores en la prevención del contagio de enfermedades como la tuberculosis con un 41.79%.
7. En la dimensión IMAGEN, el factor de percepción favorable sobre las soluciones que se realizan para evitar el contagio de enfermedades tiene el 43.28%; mientras que con un 40.30%, lo obtuvo el factor percepción favorable del trabajo que vienen haciendo en mi organización en relación a la prevención de enfermedades.
8. El peso de la calidad de la comunicación interna en salud ocupacional se expresa en la dimensión IMAGEN, ya que allí se condensa la opinión, la valoración de los trabajadores respecto de las acciones de salud ocupacional. En el caso del Hospital Nacional Hipólito Unánue, la dimensión *imagen* no alcanza el óptimo requerido: la razón está en que las dimensiones previas como *integración*, la *información*, la *instrucción*, la *identificación*, no han sido las más óptimas.
9. La comunicación interna separa la salud ocupacional del tabú hacia la agenda organizacional. Por esa razón, ella es importante en la formación de una nueva cultura de salud en el trabajo, como un eje estratégico, y no de soporte, porque se enfoca en la construcción de nuevos hábitos o creencias en torno a la prevención de la enfermedad.
10. La prevención de la enfermedad está sujeta a la calidad de la comunicación interna del establecimiento de salud. Por eso la comunicación interna debe estar asegurada en estructura y procesos, para que no solo aparezca cuando hay programas de salud ocupacional, sino que se mantenga constante, actualizada, capaz de poder orientar a los especialistas médicos en la lógica de la cultura organizacional, campo donde se diseñan los hábitos, creencias y percepciones en relación a la salud. Por lo tanto, trabajar en la prevención de la enfermedad implica que los trabajadores estén

identificados con la prevención, tengan **información** que les movilice y sea en su propio lenguaje, tengan una **instrucción** actualizada y entrenadora en el cuidado de su salud entre su grupo más cercano, se **integren** entre ellos y junto a sus jefes a fin de brindar una acción unívoca al cuidado de la salud de cada trabajador, aporten a que la **imagen** y el prestigio de la estrategia y la prevención en salud sea ejemplar en la que todos se puedan identificar.

11. La comunicación interna institucional del Hospital Nacional Hipólito Unánue en la actualidad no ayuda al posicionamiento de la Estrategia de prevención de la tuberculosis en los trabajadores. Cuando internamente se deslegitima el valor de una Estrategia de salud bien diseñada, puede correr el riesgo de ser etiquetada negativamente como una “molestia”, una “pérdida de tiempo”, o como un “fuente de bonos para el trabajador”.
12. La estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue no tiene una acción de concientización en los distintos niveles de acción. En la Alta Dirección cuando se habla de prevención solo se limita al tema presupuestal, logístico de encontrar las cosas; sin embargo, no se desarrolla en los decisores principales su rol de salud, su rol de liderazgo de la prevención. En el plano operativo, cuando un trabajador se encuentra enfermo de tuberculosis, y ese solo hecho, le expone a una situación donde es víctima de los prejuicios y las intimidaciones entre compañeros, sin contar con la ayuda emocional integral de parte de la Estrategia.
13. La estrategia de prevención de la tuberculosis se ve desafiada operativamente ante las distintas idiosincrasias profesionales, las cuales esperan un trato diferente (actividades, roles diferentes), al margen de que se reconocen como parte de una sola organización. No atender estas aristas culturales por parte de la Estrategia genera vacíos, dudas y en algunos casos desinterés por parte de los profesionales. Por ejemplo, para un técnico en enfermería puede haber novedad en los conocimientos sobre prevención, pero no para un médico, que al escuchar no hace más que desdeñar el conocimiento produciendo una apatía con el objetivo de la prevención.
14. Trabajar la comunicación interna en salud ocupacional no significa que inmediatamente disminuirá la cantidad de enfermos o contagiados de tuberculosis; lo que ofrece es fortalecer y alinear a la cultura organizacional en el tema de la

prevención, y prepararla para responder sin tabúes ni prejuicios a una realidad que convoca a todos.

15. La prevención de la enfermedad no solo es un tema de índole biomédica, sino también sociocultural. Por lo tanto, generar procesos de comunicación que lleven a las personas a ser sujetos decisores de su estado de salud, empoderándolos en la lucha organizada y comprometida contra la enfermedad (influyendo en los factores ambientales y estilos de vida) es uno de los grandes desafíos de la comunicación en salud.
16. La comunicación interna en salud es una de las subcampos de estudio de mayor novedad por sus aportes ya que trata específicamente con los agentes de salud, quienes son los primeros llamados a ser creyentes de que la salud es lo primero. Por muchos años la realidad interna de los establecimientos de salud han sido descuidados so pretexto de dar mayor importancia al usuario final los cuales son los pacientes. Sin embargo, la incoherencia del trabajador de salud, que consistía en pedirle a otro que cuide su salud o prevenga alguna enfermedad sin que el trabajador lo aplique en su vida, ha traído consigo una crisis que se ven reflejadas en contagios de enfermedades al interior del centro de trabajo. En efecto, a través del estudio de la comunicación interna se puede desentrañar el espacio relacional de los trabajadores, y encontrar supuestos que han estado socavando la salud de los propios trabajadores y que merece ser tomados con seriedad.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones señaladas brindamos las siguientes recomendaciones:

Para la Unidad de Comunicaciones del Hospital Nacional Hipólito Unánue

1. Se recomienda a la Unidad de Comunicaciones del HNHU prestar atención a la comunicación interna desde una perspectiva organizacional y no tan solo funcional. Es necesario más que nunca enfocar a la comunicación interna hacia la reconfiguración de la cultura organizacional que conciba al empleado como un ser integral, no tan solo como una pieza de máquina.
2. Se propone a la Unidad de Comunicaciones del HNHU diseñar un plan de comunicación interna organizacional con la participación de portavoces que representen el sentir y la demanda de sus servicios, departamentos u oficinas. En el eje de la salud ocupacional, se recomienda establecer la cocreación (Formanchuk, 2017) como estrategia de participación y de creación del sentido de urgencia en el tema de la prevención de enfermedades laborales intrahospitalarias.
3. Se propone ampliar el prospecto de canales de comunicación institucionales de tal manera que se pueda llegar a todos; en tal sentido, precisamos que se ve con gran oportunidad el uso de las tecnologías de información y comunicación que es cada vez más notoria, y que existen casos dentro del hospital, en que las áreas de servicio la utilizan para formar trabajo colaborativo y/o mensajes motivacionales.

Para la comunicación de la Estrategia de control de la transmisión de tuberculosis

4. Se propone incorporar a la Unidad de Comunicaciones dentro del equipo de la Estrategia, a fin de que pueda ser el vaso comunicante entre los objetivos de la Estrategia y la cultura organizacional. Obviamente siempre reclamar el rol de facilitador antes que de jefe de las comunicaciones en el contexto de la implementación de la Estrategia.
5. Se propone crear un plan de comunicación estratégica para el programa, basado en el conocimiento real de los stakeholders y sus potencialidades para el desarrollo de la Estrategia.
6. Se propone fortalecer los espacios de comunicación en cantidad y calidad. Un tema tan álgido como la prevención de la tuberculosis, debe haber más números de espacios de participación para la prevención, y redoblar esfuerzos para que las charlas sean espacios de intercambio entre trabajadores. Anexo a ello, se recomienda cambiar el concepto de capacitación por entrenamiento al personal.

7. Posicionar la interdisciplinariedad como eje de la prevención de la tuberculosis. Además de eso, formar líderes que sepan comunicar a sus compañeros el verdadero sentido de la prevención, y sepan actuar ante los vacíos o sobresaturación de información respecto al tema.

Para la línea de investigación desarrollada

8. Se propone tomar esta investigación como una invitación a seguir analizando el fenómeno comunicacional en las instituciones de salud, a seguir problematizando ya lo sistemas de salud son complejos y ameritan tener distintas miradas a fin de crear una calidad de vida no solo para los pacientes sino también para los trabajadores.
9. Uno de los temas pendientes de esta investigación es conocer los *insights* que conviven en la comunicación informal y que pueden hacer frente a los esfuerzos de prevenir las enfermedades laborales entre ellas la tuberculosis.
10. Si bien el Hospital Nacional Hipólito Unánue es uno de los pocos nosocomios que vienen implementando la prevención de enfermedades, sería interesante poder descubrir el fenómeno comunicacional de aquellos establecimientos de salud donde no han llegado ninguna medida preventiva.

A la E.A.P de Comunicación Social

11. Se propone que los estudios de comunicación en salud sean integrados como parte de la currícula académica. La casuística es grande principalmente en el ámbito organizacional donde a partir de la Ley de salud ocupacional se han creado organizaciones o comités internos que no tienen el conocimiento profesional para abordar un tema que tiene un gran componente cultural. Un acercamiento a esta realidad nos hará ver que existen potenciales espacios laborales, así como fenómenos dignos de ser estudiados para el fortalecimiento de la salud en los centros laborales sean públicos o privados.
12. Se propone fortalecer el enfoque de gestión por procesos al campo de conocimientos del comunicador social. La comunicación es un proceso transversal de la organización, por lo mismo es un imperativo conocer los procesos en los cuales nos involucramos. No solo ver la comunicación como el origen y la solución a todos los problemas, sino como uno de los elementos vitales para que los procesos estratégicos, misionales, de soporte y de control de una

organización sean efectivas. En un caso de salud ocupacional el deber de conocer los procesos organizacionales es un imperativo porque pone en perspectiva la complejidad organizacional a fin de saber discernir la solución más adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- Aguerrebe P. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, vol. 2, nº 1. pp. 19-28, 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3818627.pdf>
- Aguilar H. (2016) Trabajo en equipo y clima organizacional. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Aguilar-Hector.pdf>
- Aguilera Ma. A., Pérez J., Pozos B. y Acosta M. (2012). Significados culturales del concepto de salud en el trabajo en profesionales en formación. *Med Segur Trab (Internet)* 2012; 58 (228) 224-236. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n228/original4.pdf>
- Aguirre D. 2005 Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *La Habana, Educ. Med. Sup.* 2005;19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000300004
- Alcalay, Rina. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(3), 192-196. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000300020
- Alvarez, José (2007). Comunicación interna, la estrategia del éxito. En: *Razón y Palabra*. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n56/jalvarez.html>.
- Álvarez, Ana et al. (2014). Identificación Organizacional y Satisfacción Laboral: Diferencia entre Empresas Públicas y Privadas. *REIDOCREA*, volumen 3. Artículo 5. pp. 34-40. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/31293/ReiDoCrea-Vol.3-Art.5-Alvarez-Ionela-Marin-Marrero-Mas-Gonzalez.pdf?sequence=1>
- Andrade, H (2005). Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica. España: Netbiblo.

- Ballvé J.L., Pujol G., Romanguera A., Bonet A., Rafecas M. y Zarza E. (2008) Comunicación interna en atención primaria. *Revista Atención Primaria*. 2008; 40 (8):401-406. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246608014_Comunicacion_interna_en_atencion_primaria
- Bercecuelo, B. (Coord.) (2011). Comunicación interna en la empresa: claves y desafíos. España: WoltersKluwer. Disponible en: <http://www.comunicacioninterna.pe/pdf/pdf1.pdf>
- Berlo, D. (1969). El proceso de la comunicación *Introducción a la teoría y la práctica*. Buenos Aires, Argentina: El ateneo Editorial. Disponible en: <https://bibliopopulares.files.wordpress.com/2012/12/el-proceso-de-la-comunicacion-david-k-berlo-301-1-b-514.pdf>
- Beltrán R. (1980) Un adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal". Disponible en: <https://es.slideshare.net/librarojita/adios-a-aristoteles-beltran>
- Blanco E. y Paniagua F. (2007) Periodismo, salud y calidad de vida. Contenidos y fuentes. FISEC - Estrategias Año III, Número 8, Mesa II (2007), pp 3-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/240631218_PERIODISMO_SALUD_Y_CALIDAD_DE_VIDA_CONTENIDOS_Y_FUENTES
- Buchholz W. (2001). Open communication climate. Bentley College Waltham, Massachusetts.
- Bustamante E. (2012) La promoción de la salud desde la comunicación interna. *Revista de Comunicación y Salud* vol. 2, nº 2. pp. 79-90. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/34/47>
- Bustamante E. (2013) Comunicación interna y promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud (Tesis doctoral) Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117320/ebo1de1.pdf?sequence=1>
- Cameron, K. y Quinn, R. (2006). Diagnosing and changing organizational culture (revised edition). San Francisco, CA, EE.UU.: Jossey-Bass
- Capriotti, P. (2009) Branding Corporativo. Fundamentos para la gestión estratégica de la Identidad Corporativa. Santiago de Chile: Colección de Libros de la Empresa

- Capriotti, P. (2013) Planificación estratégica de la imagen corporativa (4ta edición). Málaga, España: IRRP – Instituto de Investigación en Relaciones Públicas. Disponible en: http://www.bidireccional.net/Blog/PEIC_4ed.pdf
- Catalán D., Muñoz M. y Fuentes M. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. Disponible en: http://www.aecs.es/1_1_tecnicas_com.pdf
- CENTRUM (2003). Metodología para la satisfacción de los clientes e identificación de sus correspondientes acciones de mejoramiento. Centro de Negocios, Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://cendoc.esan.edu.pe/fulltext/e-documents/Centrum/DTE01-2003.pdf>
- Cees Van, R. (1997) Comunicación Corporativa (Trad. Esperanza Cerdá). Madrid, España: Prentice- Hall,
- Consortio de comunicación para el cambio social (2003). Escuchar...aprender...las voces comunitarias que promueve el cambio. Disponible en: http://archive.cfsc.org/pdf/cfsc_consortium_brochure_spanish.pdf
- Cortés Díaz, J. M. (2002). Seguridad e higiene del trabajo: técnicas de prevención de riesgos laborales. México: Alfaomega, p. 26
- Costa, C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Sevilla: Comunicación Social, ediciones y publicaciones.
- Costa, J. (2009) Imagen Corporativa en el siglo XXI (4ª ed.). Buenos Aires: La Crujía
- Choque R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima Perú. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Czeresnia D. (2008) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf
- Díaz, H (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En: Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Coord), Comunicación y salud, nuevos escenarios y tendencias (pp. 35-48). Madrid: Editorial Complutense.

- Díaz Córdoba V. (2006). Medios de comunicación, educación y realidad. Revista Comunicar, 26, 2006 Revista científica de comunicación y educación; ISSN: 11334-3478. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15802630>
- Del Valle C. (2007) Comunicación participativa: Aproximaciones desde América Latina. Revista Redes.com N°04. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3671395.pdf>
- De Marchis G., Gil-Casares, M. y Lanzas F.J. (2007) Organización y psicología en la comunicación interna. Madrid, España: Editorial Fragua
- European Centre for Disease prevention and control (2014). Health communication and its role in the prevention and control of communicable diseases in Europe. Current evidence, practice and future developments. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/health-communication-communicable-disease-europe.pdf>
- Evers K. (2006) E-Health promotion: The use of the internet for health promotion. Am J Health Promot. 2006 Mar-Apr;20(4):suppl 1-7, iii. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16555803>
- Forero J. A. (2009). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. Revista electrónica del Centro de Estudios de Opinión CEO, Núm. 20 (2009) Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/7021/6440>
- Formanchuk, Alejandro. (2014) Problemas de Comunicación Interna en la Empresa Latinoamericana. Disponible en: <http://www.grandespymes.com.ar/2014/05/13/problemas-de-comunicacion-interna-en-la-empresa-latinoamericana/>
- Formanchuk, Alejandro (2016). Cómo hacer un plan de comunicación interna: El método 6D. En: Formanchuk y Asociados. Disponible en: <http://formanchuk.com.ar/todosignifica/como-hacer-un-plan-de-comunicacion-interna/>
- García, J. La comunicación interna. Madrid, España, Díaz de Santos 1998, Prólogo

- García L., Arrazola O., Grau L., Barrio N. (2013) Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. *Metas de enfermería*, Vol. 16, Nº. 1, págs. 57-60
- García J. C. (2010) Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Rev Cubana Salud Pública* v.36 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400014
- García R., Suárez R. y Mateo-de-Acosta O. (1997) Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2(1). Disponible en:
<https://scielosp.org/article/rpsp/1997.v2n1/32-36/es/>
- Goldhaber G. (1989) Comunicación organizacional. Editorial Diana Técnico. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/173923962/COMUNICACIA-N-ORGANIZACIONAL-Gerald-M-Goldhaber>
- Gómez R. y González E. (2004) Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12022109>
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-114. Disponible en:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100011&lng=pt&tlng=es.
- Gomero R., Zevallos C. y Llap C. (2006) Medicina del trabajo, medicina ocupacional y del medio ambiente y salud ocupacional. *Rev Med Hered* 17 (2), 2006 105. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/915>
- González D. y Olmos A. (2012) Análisis de comunicación interna y propuesta de plan estratégico en la Fundación Trascender, Cali (Tesis de Licenciatura). Facultad de Comunicación Social, Universidad Autónoma de Occidente, Colombia. Disponible en: <http://bdigital.uao.edu.co/bitstream/10614/974/1/TCS00118.pdf>
- González K. (2015) Trabajo en equipo y satisfacción laboral. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/Gonzalez-Karyn.pdf>

González J. (2002) Educación, movilización social y abogacía para proomover la salud. Rev Med Uruguay 2002; 18: 192-197. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000300002

Gutiérrez, H. (2010). Calidad total y productividad (3ª ed.). México: McGraw-Hill

Gutiérrez Ruiz J. (2000). El papel de la comunicación en el trabajo en salud de las ONGD's de Lima Metropolitana durante la década de 1980. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/guti%C3%A9rez_r_j/cap2.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Bautista Lucio, MA del Pilar. (2010) Metodología de la investigación. (5ta edición) México DF., MC Graw – Hill

Hospital Nacional Hipólito Unánue (2015) Plan Anual de Seguridad y Salud en el trabajo. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/datos%20generales/2015/Resoluciones%20Directorales/3.%20Marzo/150.pdf>

Hospital Nacional Hipólito Unánue (2012). Plan estratégico 2012 - 2016. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/COMUNICACIONES/Noticias/2011/Formulaci%C3%B3n%20Plan%20Estrat%C3%A9gico.pdf>

Hospital Nacional Hipólito Unánue (2012). Plan de control de la transmisión de tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue 2013 - 2015. Departamento de Epidemiología. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/2014/Documentos%20Normativos/TUBERCULOSIS/Plan%20Control%20TBC%202013-2015.pdf>

Hospital Nacional Hipólito Unánue (2012) Reglamento de organización y funciones ROF – 2012. Aprobado con resolución ministerial RM N° 099-2012/MINSA. Documento oficial disponible en: www.hnhu.gob.pe/TRANSPARENCIA/.../2012/POA%202012%20ANUAL.pdf

Hospital Nacional Hipólito Unánue (2016). Informe de Tuberculosis Nosocomial años 2011 al Primer Semestre 2016 HNHU. Documento oficial disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/INFORME-DE-CASOS-DE-TBC-1ER-SEMESTRE-2011-AL-2016.pdf>

- Igartua J.J. (2006) Comunicación para la salud y Sida: la aproximación educación-entretanimiento. Comunicar, marzo, año/vol. XIV, número 026. Grupo Comunicar (pp. 35-42. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28222740_Comunicacion_para_la_salud_y_sida_la_aproximacion_educacion-entretanimiento
- Ind N. (1992) La imagen corporativa. Estrategias para desarrollar programas de identidad eficaces. España: Díaz de Santos.
- Jones, G. (2008). Teoría organizacional. Diseño y cambio en las organizaciones.5aed. México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Kamsak R. y Bulutlar F. (2008) The impact of communication climate and job satisfaction in employees' external prestige perceptions. Yönetim ve Ekonomi, Celal Bayar Universitesi LLBF MANISA. Disponible en: https://www.academia.edu/17639778/The_influence_of_perceived_external_prestige_on_job_satisfaction_and_turnover_intentions
- Kreps G. (1995) La comunicación en las organizaciones. Addison-Wesley, Iberoamericana, España
- Leal-Costa, C. et al. (2015) Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Anales Sis San Navarra [online] vol.38, n.2, pp.213-223
- León Duarte G. (2006) La comunicación organizacional en México. Enfoques, diseños y problemas en su desarrollo. Anàlisi 34, 2006, 287-304. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Analisi/article/download/55458/64590>
- León A., Rodríguez C., Ferrel F. y Ceballos G. (2009) Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Psicología desde el Caribe, N° 24, agosto - diciembre. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21312270005>
- Losada J. C. (coord.) (2004) Gestión de la comunicación en las organizaciones. Madrid, España, Editorial Ariel S.A. España
- López J., González F., Esteles E., Prieto F. (2013) Crowdsourcing: Para la prevención y promoción de la salud en Colombia. 11th Latin American and Caribbean

Conference for Engineering and Technology. Disponible en: <http://www.laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP056.pdf>

- March J.C., Pajares D.R., Gómez Ma. E. (1998) Auditoría de comunicación interna de un hospital. Revista Gaceta Sanitaria, vol. 12, núm. 5. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/auditoria-comunicacion-interna-un-hospital/articulo/S0213911198764775/>
- March J.C., Prieto M.A., Gutiérrez P. y Equipo de Evaluación del PSMI (2000). Profesional y gestores ante la comunicación interna en el Programa de Salud Materno Infantil de Andalucía. Revista Atención Primaria. Vol. 25. Núm. 1, págs. 44 - 57. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700784575>
- March J.C., Prieto M.A., Bilbao I., Martínez F. Guerrero C. y Bono L. (2002) Marketing y comunicación interna en hospitales y en atención primaria opinión de profesionales y de gestores. Revista Horizonte Sanitario, Vol. 1, Nº. 1, 2002, págs. 6-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1943299>
- March J.C., Prieto M.A., Danet A. Pérez O. y Martínez F. (2009) Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: Una asignatura pendiente. Revista Administración Sanitaria 7(1):165-182. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-los-directivos-hospitalarios-comunicacion-interna-13136975>
- March J.C., Prieto M.A., Pérez O., Minué S., y Danet A. (2011) La comunicación interna en los centros primarios de atención. Revista de Comunicación y Salud, vol. 1, nº 1. pp. 18-30. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/viewFile/3/59>
- Mariscal J., Gil-García J.R. y Ramírez F. (2008). E-salud en México. Centro de investigación y docencia económicas, CIDE. Disponible en: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/814>
- Medina P. (2012) El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. Revista de Comunicación y Salud, vol. 2, nº 1. pp. 19-28. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/26>
- Montes de Oca A. y Urbina M. (2015) Periodismo de salud, una práctica profesional en construcción. Revista Anales Venezolanos de Nutrición 28(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/avn/v28n2/art07.pdf>

- Mosquera M. (2003) Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias.
Disponible en:
http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf.
- Muñoz A. y Castro E. (2010) De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Revista Salud de los Trabajadores*, vol.18, n.2, pp. 141-152. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01382010000200006&script=sci_abstract
- Neuhauser L. y Kreps G. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology* 8(1): 7-23 Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/51825682_Rethinking_Communication_in_the_E-Health_Era
- Organización Mundial de la Salud (1998) Glosario promoción de la salud. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1997) Comunicación y Salud. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/19076/doc233.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pasquali A. (1990) Comprender la comunicación (4ª ed.). Caracas, Venezuela: Monte Avila Latinoamericana.
- Parra M. (2003) Conceptos básicos en salud laboral. Santiago, Oficina Internacional del trabajo. Disponible en:
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A21/Unidad%201/lec_13a_conceptos_basicos_salud_laboral.pdf
- Peña, L. (2010) La revisión bibliográfica. Facultad de Psicología, Universidad Javeriana. Disponible en:
http://www.javeriana.edu.co/prin/sites/default/files/La_revision_bibliografica.mayo_2010.pdf
- Peña A. y Paco O. (2003) El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad. Lima, Perú: Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100008
- Perret Heli (1976). La comunicación. Quito, Ecuador: En Seminario “Comunicación y salud”. Editorial "Don Bosco". CIESPAL. pp. 51 - 60

- Presidencia de la República del Perú (2011). Ley de Seguridad y salud en el trabajo. Disponible en: <http://www.sunafil.gob.pe/portal/images/docs/normatividad/LEYDESEGURIDADDSALUDTRABAJO-29783.pdf>
- Quesada A. y Picado L. (2014) Educación continua en promoción de la salud, desde una acción interinstitucional. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/16305/16301>
- Quiroga S. y Mugarza F. (coords.) (2006) Comunicar es salud: la comunicación de la salud analizada por sus protagonistas para conocer hacia dónde va la comunicación de la salud. Madrid, España, Pearson Education, 2006, pp.219) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=12092>
- Reyes, J. (2012) Las cuatro dimensiones de la comunicación interna. Centro de Estudios en Diseño y Comunicación (2012). Pp. 127-138. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-35232012000200012
- Ritter, M. (2008) Cultura organizacional. (1ª ed.). Buenos Aires: La Crujía
- Rizo M. (2006) La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. Anàlisi 33, pp. 45 - 62
- Robbins, Stephe P. y Coulter (2004). Comportamiento organizacional. (10ª. Ed.) Pearson Educación, México.
- Robbins, S., & Coulter, M. (2007). Administración (un empresario competitivo) 8va. ed. México: Pearson Education
- Sanz de la Tajada, L. (1996) Auditoría de la imagen de empresa. Métodos y técnicas de estudio de la imagen. Madrid: Editorial Síntesis
- SOCIAL ENTERPRISE KNOWLEDGE NETWORK (SEKN) (2006) Gestión efectiva de emprendimientos sociales. Lecciones extraídas de empresas y organizaciones de la sociedad civil en Iberoamérica. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Soria R. (coord.) (2008). Emprendurismo, cultura, clima, y comunicación organizacional y su aplicación a la pequeña y mediana empresa en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Red académica iberoamericana local - global. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008c/432/#indice>
- Topa G. y Morales J.F. (2007) Identificación organizacional y ruptura de contrato psicológico: sus influencias sobre la satisfacción de los empleados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 3, 365-379. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242624211_Identificacion_organizacion_al_y_ruptura_de_contrato_psicologico_sus_influencias_sobre_la_satisfaccion_de_los_empleados
- Túnez, M. (2012) La gestión de la comunicación en las organizaciones (Edición electrónica). Zamora, España: Comunicación Social, ediciones y publicaciones. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/247185358/La-gestio-n-de-la-comunicacio-n-en-las-organizaciones>
- Varona F. (1996) Communication Satisfaction and Organizational Commitment. *The Journal of Business Communication* Vol 33:2
- Universidad Nacional de la Plata (2010). Comunicación Interna & Externa. Dos caras, una moneda. En TPM. Disponible en: http://www.perio.unlp.edu.ar/tpm/textos/comunicacion_interna_y_externa.pdf
- Waisbord S. y Coe G. (2002) Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio. *Revista Razón y Palabra* Abril - Mayo 2002. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.html>

ANEXOS

Anexo 01:
Tipo de estrategias de comunicación

Año	Entidad	Objetivo	Estrategia de Comunicación utilizadas	Concepto
2003	Oficina contra la Droga y el Delito ONU	Prevenir el uso indebido de drogas	Estrategia P2P, intercambio de información inter pares La utilización de educadores de la misma edad	La utilización de educadores de la misma edad o de la misma formación para transmitir mensajes educativos a un grupo destinatario... La labor de educadores inter pares que respaldan conductas, doctrinas y normas “saludables” dentro de su propio grupo o comunidad de semejantes y que se enfrentan con las que no son “saludables”. (p.9)
2003	UNESCO	Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida	Información, educación y comunicación (IEC) culturalmente adecuadas	“Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA” representa una nueva contribución a la búsqueda de soluciones a este problema aparentemente insuperable. Su principal propuesta metodológica consiste en adaptar el contenido y el ritmo de las intervenciones a las mentalidades, las creencias, los sistemas de valores, la capacidad de movilización y, por ende, modificar en consecuencia las estrategias y políticas internacionales y nacionales, la elaboración de proyectos y el trabajo sobre el terreno (p.7)
2004	OMS – OPS/ Will Parks y Linda Lloyd	Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue	Movilización social Mercadeo social Información, Educación y Comunicación Abogacía Relaciones públicas Publicidad apropiada sostenida	Por primera vez, con relación al dengue, esta guía brinda un enfoque de gestión integral e innovador sobre cómo planificar la movilización y comunicación social para el impacto conductual (p.6)
2014	Ministerio de Salud Perú	Prevención de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y neumonía	Publicidad Prensa Producción de información Endomarketing Movilización social Eduentretenimiento Incidencia política Responsabilidad social	Informar a los padres, madres de familia y cuidadores de niñas y niños menores de 5 años de edad sobre las medidas para prevenir la neumonía (p.4)
2014	Ministerio de Salud Perú	Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Cólera	Publicidad Prensa Producción de información Movilización social Eduentretenimiento Incidencia política	Informar a las madres de familia sobre las medidas para prevenir las enfermedades diarreicas agudas, enfatizando la importancia del lavado de manos.(p.4)

Elaboración propia en base a bibliografía señalada

Anexo 02:
Los flujos de comunicación interna

Sentido direccional de la comunicación	Objetivos específicos	Canales y soportes de comunicación importantes
Vector descendente	Asegurar que todos conozcan y entiendan los principios y metas de la organización Lograr credibilidad y confianza Extender la idea de participación Agilizar los canales de transmisión de la información Fortalecer los roles jerárquicos Favorecer y hacer operativa la comunicación	Publicaciones periódicas de distribución general Noticias o flashes informativos breves a través de soportes de pared o de medios de información Hojas informativa para mandos Tablones de anuncios, de pared o a través de pantallas informáticas Guía práctica de la empresa Folletos sobre temas particulares Carteles para campañas Objetos promocionales Videos Canales audio como emisiones radiofónicas
Vector ascendente	Que todos se sientan protagonistas de la actividad y de los objetivos corporativos Que afloren energías y potencialidades ocultas El máximo aprovechamiento de las ideas Favorecer el autoanálisis de las ideas Favorecer el autoanálisis y la reflexión Estimular el consenso	Los sistemas de sugerencias Jornadas de despachos abiertos Notas de obligada respuesta Teléfonos de servicio Manual de acogida para el personal de nuevo ingreso
Vector horizontal	Favorecer la comunicación de individuos entre los distintos departamentos y en el interior de éstos Facilitar los intercambios interdepartamentales Hacer posible un proyecto de empresa basado en la participación Mejorar el desarrollo organizativo Incrementar la cohesión interna Agilizar los procesos de gestión El conocimiento de los procedimientos y procesos tanto de gestión como productivos o de servicios por parte de los “clientes y proveedores internos” El aprendizaje de técnicas que favorezcan la comunicación interpersonal.	<ul style="list-style-type: none"> - Escritos (publicaciones periódicas o específicas) - Audiovisuales - Cursos, capacitaciones, entrenamiento - Sesiones informativas - Entrega de distinciones de antigüedad, visitas a otros centros, reuniones de fin de año, días de puertas abiertas, etc) es buena para fortalecer las reuniones y eventos de las personas que integran la organización
Vector transversal	Promover nuevas mentalidades Modificar ciertos comportamientos Elevar el espíritu de trabajo en equipo Hacer más visible la aportación individual Aumentar el rendimiento Ganar en eficacia y satisfacción Incrementar la competitividad Dinamizar el potencial creativo y la innovación	Grupos de gestión Equipos de proyecto Clasificación de funciones Auditorías internas Clasificación de objetivos Diálogo superior – colaborador, etc.

Fuente: Villafañe (1993) – Elaboración propia

Anexo 03:**Problemas de comunicación interna**

<i>Problemas por falta de credibilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa y los jefes no son confiables. • El personal no cree en lo que le dice la empresa. • Se duda de la honestidad, de la ética y de la forma de hacer negocios de la empresa. • No se cumple lo que se promete.
<i>Problemas por falta de coherencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los jefes no dicen lo que piensan y no hacen lo que dicen. • Abunda el doble discurso e incluso se lo utiliza con “arma”. • Hay distintas versiones sobre los hechos y nadie se ocupa de aclarar nada. • No se predica con el ejemplo. Las declamaciones son “cáscaras vacías”. • La empresa no es coherente entre lo que dice puertas afuera y puertas adentro.
<i>Problemas por una cultura basada en el secretismo y la desconfianza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa se guarda información, no comunica todo lo que debiera. • El personal siente que la empresa le esconde información porque no confía en ellos. • La dirección cree que cuanto menos sepa el empleado sobre la marcha de los negocios, mucho mejor (salvo cuando a la empresa le va mal y ahí sí se muestran los “números” y se pide que “todos se ajusten el cinturón”). • La información no llega en tiempo y forma.
<i>Problemas por un liderazgo negativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa y sus líderes no comunican, informan. • El líder cree que hablar es comunicarse. • También cree que comunicarse con su equipo es una obligación y no una responsabilidad inherente a su tarea. • El líder no conoce a su receptor ni le interesa hacerlo. • Cree que lo importante es lo que uno dice y no lo que el otro entiende. • No tiene voluntad de diálogo.
<i>Problemas por un mal manejo del poder</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos creen que cualquier tipo de información es poder... y que el modo de acumular poder es reservando información, callándose la boca. • Los mandos medios filtran la información (cuando circula hacia abajo o hacia arriba). • Se quiere utilizar a la comunicación interna como herramienta de manipulación o de “maquillaje”. • Se subestima a la gente, se la pretende engañar o vender lo que no es.
<i>Problemas por falta de confianza en la comunicación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa no cree que la comunicación interna sea una herramienta de gestión estratégica y la ve más como un símbolo de modernidad o una acción de marketing dirigida al público interno. • La comunicación interna es un costo, no crea valor. • El área de Comunicación Interna está en una zona periférica de la empresa, sin peso político, sin recursos. • Los líderes ven a la comunicación como un fin en sí mismo (hacer la revista interna) y no como un medio para alcanzar otros fines (motivar al personal, por ejemplo.). • Se confunde la comunicación con las herramientas de comunicación. • Se cree que la comunicación interna es “propiedad y responsabilidad” del departamento de Comunicación Interna y no de toda la empresa.
<i>Problemas por una mala estructura organizacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La estructura es verticalista y autoritaria. • Es burocrática: impide la comunicación rápida y eficaz. • La estructura deforma la comunicación en cada relevo. • También impide que los vínculos sean fluidos. • No es permeable a la información.
<i>Problemas por subestimar al personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa considera que el empleado tiene que hacer lo que se le pide y nada más. • Cree que su opinión no es valiosa y que cada uno debe ocuparse de lo suyo. • Por ende, nadie escucha al personal, sus dudas, problemas, ideas. • Tampoco se incentiva la participación, motivación o integración.

Fuente: Formanchuk (2014) – Elaboración propia

Anexo 04:**Principios rectores de la Ley de Seguridad y Salud en el Perú**

Principio	Componente comunicacional
PRINCIPIO DE PREVENCIÓN: N° 01 El empleador garantiza, en el centro de trabajo, el establecimiento de los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, y de aquellos que, no teniendo vínculo laboral, prestan servicios o se encuentran dentro del ámbito del centro de labores. Debe considerar <u>factores sociales, laborales y biológicos</u> , diferenciados en función del sexo, incorporando la dimensión de género en la evaluación y prevención de los riesgos en la salud laboral.	Se resalta el enfoque de prevención de la enfermedad o de riesgos en la seguridad y salud en el trabajo; no obstante, este enfoque no se restringe a lo biológico si no que analiza y acciona sobre otros de factores de la salud como lo social, cultural, organizacional en la cual se desenvuelve la comunicación es un componente transversal.
PRINCIPIO DE COOPERACIÓN: N° 03 El Estado, los empleadores y los trabajadores, y sus organizaciones sindicales <u>establecen mecanismos</u> que garanticen una permanente <u>colaboración y coordinación</u> en materia de seguridad y salud en el trabajo.	Vemos que el principio alude a la colaboración y coordinación en la salud ocupacional.
PRINCIPIO DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN: N° 04 Las organizaciones sindicales y los trabajadores reciben del empleador una <u>oportuna y adecuada información y capacitación</u> preventiva en la tarea a desarrollar, con énfasis en lo potencialmente riesgoso para la vida y salud de los trabajadores y su familia.	Este principio recalca la oportunidad de la información y capacitación como parte de la seguridad y la salud ocupacional.
PRINCIPIO DE GESTIÓN INTEGRAL: N° 05 Todo empleador <u>promueve e integra</u> la gestión de la seguridad y salud en el trabajo a la gestión general de la empresa	La estructura organizacional necesita comprender e integrar a sus procesos los nuevos enfoques de trabajo en favor de la salud en el trabajo.
PRINCIPIO DE PRIMACÍA DE LA REALIDAD: N° 08 Los empleadores, los trabajadores y los representantes de ambos, y demás entidades públicas y privadas responsables del cumplimiento de la legislación en seguridad y salud en el trabajo <u>brindan información completa y veraz</u> sobre la materia. De existir discrepancia entre el soporte documental y la realidad, las autoridades optan por lo constatado en la realidad	La transparencia en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, cuya base está en la información completa y veraz y la retroalimentación.
PRINCIPIO DE PROTECCIÓN: N° 09 Los trabajadores tienen derecho a que el Estado y los empleadores aseguren condiciones de trabajo dignas que les garanticen un estado de vida saludable, física, mental y socialmente, en forma continua. Dichas condiciones deben propender a: a) Que el trabajo se desarrolle en un ambiente seguro y saludable. b) Que las condiciones de trabajo sean compatibles con el bienestar y la dignidad de los trabajadores y <u>ofrezcan posibilidades reales para el logro de los objetivos personales</u> de los trabajadores	La alusión al logro de los objetivos personales de los trabajadores es la finalidad de la salud ocupacional. La comunicación tiene una labor pendiente en fortalecer todos los esfuerzos que haga la organización por enfocarse en el logro personal de sus trabajadores a través de la gestión del talento humano.

Fuente: Presidencia de la República del Perú, elaboración propia

Anexo 05:
Cuestionario de entrevista al Jefe de la Oficina de Comunicaciones
(Lic. Jhonny Ramírez)

Preguntas generales

- ¿Existe la función de comunicación interna en su entidad?
- ¿Cuántas personas integran el área/departamento de comunicación interna (horario de trabajo completo)?
- ¿Dónde se ubica el área de comunicación interna dentro del organigrama de su entidad? ¿Dentro del organigrama dentro de la Oficina de Comunicaciones?
- ¿De qué presupuesto se dispone al año para comunicación interna?
- ¿Existe un plan de comunicación interna estructurado?
- ¿Qué lineamientos estratégicos busca desarrollar el plan de comunicación interna?
- ¿Qué lineamientos estratégicos de comunicación interna se desarrollan específicamente con los públicos internos del Hipólito Unánue?
- ¿Qué canales se utilizan para la comunicación interna con los públicos internos del Hipólito Unánue?
- ¿Qué fortalezas considera que tiene la estrategia de comunicación interna de su entidad?
- ¿Qué aspectos de la comunicación interna considera que favorecen el trabajo del Hospital Hipólito Unánue?

Sobre prevención de la enfermedad ocupacional

- El Hospital Nacional Hipólito Unánue trabaja, por normativa sectorial, la prevención de las enfermedades ocupacionales ¿tiene presente el área de comunicación interna que este es el principal objetivo en salud ocupacional que debe cumplir su entidad?
- ¿Cómo apoya desde las acciones de comunicación interna al objetivo central que es la prevención de enfermedades sobre el cual se basa la salud ocupacional?

Preguntas acerca de las cinco íes de la comunicación interna

Sobre identificación:

- ¿Trabaja la comunicación interna buscando la identificación de los empleados con la organización y su quehacer?
- ¿Qué elementos de la comunicación interna buscan crear dicha identificación de los empleados con la filosofía de la prevención de las enfermedades? ¿De la prevención de la TBC?
- ¿Cómo es la identificación de los empleados a la prevención de las enfermedades ocupacionales (de la TBC)? ¿Qué fortalezas y debilidades se tiene en este terreno?

- ¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la identificación de los empleados con la prevención de las enfermedades (de la TBC)? ¿Por qué?

Sobre Información:

- ¿Qué canales existen en su organización para la transmisión de información a los empleados?
- ¿Qué tipo de comunicación interna considera que se da en la organización a la hora de transmitir información (vertical, horizontal, transversal)? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de información se difunde al público interno a través de estos canales?
- ¿Cuál es el nivel de implicación de los jefes de su entidad en los procesos de comunicación con sus empleados?
- ¿Se le brinda información oportuna y suficiente a los empleados sobre la organización? ¿Qué tipo de información?
- ¿Se le brinda información oportuna y suficiente a los empleados sobre la prevención de la enfermedad ocupacional (de la TBC)? ¿Qué tipo de información?
- ¿Considera que los empleados del Hipólito Unánue están bien informados los procesos de prevención de la enfermedad ocupacional (TBC) en las cuales son participantes? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?
- ¿Qué debilidades detecta en la información sobre la organización y sobre los procesos de prevención de la enfermedad ocupacional (TBC) en la que participan los empleados?
- ¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la información a los empleados de su entidad acerca de su institución? ¿Por qué?
- ¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la información a los empleados de su entidad sobre la prevención de enfermedades (TBC)? ¿Por qué?

Sobre instrucción - formación

- ¿Desde la comunicación interna se realiza algún tipo de formación (capacitación, entrenamiento) con los públicos internos? ¿En qué áreas?
- ¿Conoce qué formación se le da al público interno en cuanto a bases teóricas y preparación para la prevención de la enfermedad ocupacional (TBC)? ¿Qué departamento de la organización se encarga de este asunto?
- ¿Considera que los empleados de su entidad están formados en cuanto a bases teóricas y preparación para realizar intervenciones en prevención de enfermedades ocupacionales (TBC)? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?
- ¿Qué debilidades detecta en la formación de los empleados en cuanto a bases teóricas y realización de intervenciones en prevención de enfermedades ocupacionales (TBC)?
- ¿Considera que los empleados de su entidad están formados en competencias de comunicación y trabajo en equipo para desarrollar actividades de prevención de enfermedades ocupacionales (TBC)? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?

- ¿Qué debilidades detecta en la formación de los empleados en competencias de comunicación y trabajo en equipo para desarrollar actividades de prevención de enfermedades ocupacionales (TBC)?
- ¿En qué medida considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la formación de los empleados en cuanto a la teoría y procedimientos en prevención de la enfermedad (de TBC) y en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo? ¿Por qué?

Sobre integración

- ¿Desde la estrategia de comunicación interna se busca integrar a los empleados en los distintos procesos de prevención de las enfermedades ocupacionales (TBC) y generar un trabajo colaborativo?
- ¿Qué elementos específicos de comunicación interna buscan generar estos procesos de integración entre los empleados?
- ¿Cree usted que existe apertura y confianza en la comunicación entre la dirección y los empleados? ¿Por qué?
- ¿Se apoya desde la dirección el trabajo colaborativo y la integración de los empleados a los distintos procesos que desarrolla la organización? ¿Cómo?
- ¿Cree usted que existe apertura y confianza en la comunicación entre los mismos empleados? ¿Por qué?
- ¿Existe trabajo colaborativo entre los empleados? ¿Cómo considera que perciben este aspecto los empleados? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?
- ¿Están integrados los empleados de su entidad a los distintos procesos de prevención de las enfermedades ocupacionales (TBC) que desarrolla la organización? ¿Cómo consideran que perciben este aspecto los empleados? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?

Sobre imagen

- ¿Desde la comunicación interna se busca crear una imagen favorable en los empleados sobre la institución para la que trabajan?
- ¿Qué elementos específicos de la comunicación interna buscan generar esta imagen positiva en los empleados?
- ¿Se mantienen informados a los empleados de la situación de la organización en cuanto a logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control)? ¿Cómo? ¿Cuál de esta información se omite?
- ¿Se promueve la cultura corporativa entre los empleados (visión, misión, valores)? ¿Cómo?
- ¿Qué imagen considera que tienen los empleados de su propia entidad? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?

- ¿En qué medida considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la percepción (imagen) que tiene los empleados de su entidad? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. que la adherencia de los empleados a la prevención de las enfermedades ocupacionales (TBC) es un indicador importante para construir una imagen interna y externa fuerte? ¿Por qué?

Sobre evaluación

- ¿Considera que el trabajo de comunicación interna se refleja (impacta) en las labores de prevención de las enfermedades ocupacionales (TBC)? ¿Por qué?

Anexo 06: Cuestionario de entrevista a representantes de la Estrategia de Control de transmisión de la tuberculosis; así como a Jefe actual y anteriores del Departamento de Neumología, patrocinador de la Estrategia.

Sobre prevención

- Entre las políticas de salud del Estado se encuentra la prevención de la Tuberculosis en los lugares de trabajo ¿Cómo entiende esta institución este tema de salud?
- ¿Qué lineamientos de acción tiene en cuenta esta institución para el trabajo de prevención de la tuberculosis?
- ¿Cómo se trabaja la prevención de la salud desde la zona administrativa y la zona asistencial? ¿Existen diferencias significativas en las actuaciones de prevención de la tuberculosis en ambos grupos de trabajo?
- ¿Cómo se vinculan las acciones de prevención de la TBC en esta institución con otras acciones de este tema realizadas por otros hospitales y/o por el Ministerio de trabajo?
- ¿Cuál es la importancia de organizarnos internamente para la prevención de la tuberculosis?

Sobre el recurso humano

- ¿Cuáles son las fortalezas que tiene el actual recurso humano frente a la prevención de la tuberculosis en un ambiente de trabajo altamente contagioso?
- ¿Existe alguna diferencia en fortalezas en el perfil del recurso humano que trabaja en la zona administrativa y la zona asistencial?
- ¿Qué competencias debe desarrollar un trabajador de esta institución en relación a la prevención de la TBC en su ambiente de trabajo?
- ¿Qué vinculación tienen los trabajadores del Hospital Hipólito Unánue con las tareas de prevención de la tuberculosis dentro de su propia institución?
- ¿Se realiza algún trabajo previo y/o continuo de formación y entrenamiento de habilidades de prevención de la enfermedad con los trabajadores de esta institución? ¿De qué tipo?
- ¿Existen diferencias entre los asistenciales y los administrativos frente al tema de la formación de habilidades de prevención de la enfermedad?

Sobre la comunicación interna

- ¿Considera importante el trabajo de comunicación interna dentro de esta institución? ¿Por qué?
- ¿Cree que la Oficina de Comunicaciones apoya los objetivos de prevención de la tuberculosis en esta institución? ¿Cómo?
- ¿Cómo se apoya desde el responsable de comunicación de la estrategia de prevención de TBC las acciones de comunicación a los trabajadores?
- ¿Qué fortalezas considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?
- ¿Qué retos considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?
- ¿Cómo valora Ud. la situación de la comunicación interna en su entidad?

Sobre la Evaluación

- ¿Qué asuntos positivos resalta de la labor que cumple el CENEX en la prevención de la tuberculosis en los trabajadores en esta entidad?
- ¿Qué aspectos considera que deben mejorar y cuáles son los retos de su entidad en el trabajo de la prevención de la tuberculosis en los trabajadores?
- ¿Considera que el trabajo de comunicación interna impacta en las labores de prevención de tuberculosis que desarrolla su entidad? ¿Por qué?

Anexo 07: Cuestionario de Encuesta para los trabajadores

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El objetivo de esta encuesta es conocer la incidencia de la comunicación interna en las labores de prevención del contagio de enfermedades como la tuberculosis dentro del trabajo, con el fin de brindar herramientas que permitan potenciarlas, por tanto, la veracidad de la información que usted nos proporcione es un factor clave en los resultados de este estudio. Le garantizamos absoluta confidencialidad de la información suministrada.

Edad		Sexo	H	M	Cargo	
------	--	------	---	---	-------	--

Grado de instrucción	1	Ninguna	Tipo de trabajador	Administrativo
	2	Pre-escolar		
	3	Primaria		
	4	Secundaria		Asistencial
	5	Superior Tec.		
	6	Superior Univ.		

Tiempo de trabajo en esta institución	
Distrito	
Condición de trabajador	Nombrado
	CAS

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones (Marque con una X)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. ¿Me siento orgulloso de trabajar en el Hospital Nacional Hipólito Unánue?					
2. ¿Considero que saber cómo prevenir las enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) es uno de los conocimientos más importantes para mi buen desempeño?					
3. ¿Me siento identificado con las acciones de prevención de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis) impulsadas desde mi institución?					
4. ¿Es frecuente que la información que recibimos de la institución es sobre temas con importancia?					

5. ¿Me entero de más cosas de la institución por lo que dice la comunicación oficial de la Dirección General, que por lo que dicen mis compañeros?					
6. ¿Los objetivos que ha trabajado la institución sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades como la tuberculosis es conocido por todos los trabajadores y no solo por quienes hacen los planes?					
7. A través de los canales internos (como los periódicos murales, documentos, etc.) ¿recibo información acerca de los avances de cómo va el trabajo de prevención de la enfermedad (TBC y otros) en la organización?					
8. ¿A través de canales internos recibo información sobre cómo prevenir el contagio de enfermedades dentro del trabajo (como la tuberculosis entre otras enfermedades)?					
9. ¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en conceptos teóricos</u> en prevención de contagio de enfermedades en el trabajo (como la tuberculosis)?					
10. ¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo aplicar</u> en la vida diaria los conocimientos de prevención de contagio de enfermedades en el trabajo?					
11. ¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo comunicar</u> a mis compañeros lo que aprendí acerca de la prevención del contagio de enfermedades?					
12. ¿Recibo capacitación por parte de la institución <u>en cómo organizarnos</u> con mi equipo de trabajo para realizar iniciativas de prevención de contagio de enfermedades?					
13. ¿En esta institución tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias?					

14. ¿Normalmente recibo de mis compañeros de trabajo respuestas rápidas y oportunas a las dudas que tengo?					
15. ¿Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi lugar de trabajo?					
16. ¿Formo parte y estoy integrado en actividades de prevención de contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que desarrolla mi organización?					
17. ¿En esta institución se promueve la participación e integración de los trabajadores como uno de los elementos claves de la prevención del contagio de las enfermedades como la tuberculosis?					
18. ¿Es favorable la imagen que tengo de mi organización?					
19. ¿Tengo una percepción favorable sobre las soluciones al tema del contagio de enfermedades (como la tuberculosis) que realiza mi institución?					
20. ¿Tengo una percepción favorable del trabajo que se viene haciendo en mi organización en relación a la prevención de las enfermedades como la tuberculosis?					

Anexo 08:
Matriz de Consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENSIONES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
Problema General ¿Cómo es la satisfacción con la comunicación interna en salud de los beneficiarios de la Estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue - Lima?	Objetivo General Analizar la satisfacción con la comunicación interna en salud en los beneficiarios de la Estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue – Lima	Satisfacción con la comunicación interna en salud	Identificación, Información, Integración, Instrucción e Imagen Magnitud: > 60% aceptable 40% - 60% en proceso < 40% por mejorar	H_i: La satisfacción con la comunicación interna en salud por parte de los beneficiarios de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue es negativa.	Tipo de investigación: El tipo de investigación es descriptivo Método de investigación: El método de investigación fue mixto: cualitativo y cuantitativo Técnica: Se aplicó la entrevista a profundidad, encuesta y revisión documental. Población: 06 responsables de la gestión de la Estrategia de intervención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue 134 trabajadores de salud del Hospital Nacional Hipólito Unánue nombrados y CAS.
Problema Específico 01 ¿Cuáles son los aspectos contextuales de la comunicación interna en la salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue?	Objetivo Específico 01 Identificar los aspectos contextuales de la comunicación interna en la salud ocupacional del Hospital Nacional Hipólito Unánue				
Problema Específico 02 ¿Cuáles son las características de la comunicación interna en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis dirigida hacia trabajadores del Hospital Nacional Hipólito Unánue?	Objetivo Específico 02 Describir las características de la comunicación interna del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el desarrollo de la Estrategia de prevención de tuberculosis dirigida hacia sus trabajadores				
Problema Específico 03 ¿Cuáles factores críticos de la comunicación interna en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis en el Hospital Nacional Hipólito Unánue?	Objetivo Específico 03 Describir los factores críticos de la comunicación en el desarrollo de la estrategia de prevención de la tuberculosis del Hospital Nacional Hipólito Unánue				